

Missbrukare i vård och behandling igår och idag – en personlig tillbakablick med fokus på läkarrollen

Jan Halldin

Legitimerad läkare, medicine doktor, specialist i allmänpsykiatri och socialmedicin.
E-post: jan.halldin@gmail.com.

För att ge en bakgrund till dagens marknadsekonomiska styrning av vård och omsorg, enligt New Public Management (NPM), berättar författaren om sina yrkeserfarenheter som läkare i olika anställningar inom främst missbruksvården under fyrtio år. Vårdens styrmekanismer analyseras. Konsekvenserna av denna styrning har berört utsatta grupper som missbrukare men också försvagat vårdetiken och läkarrollen. Olika förslag att stärka läkarrollen diskuteras.

To give a background to the market economy steering of medical treatment and care today, according to New Public Management (NPM), the author tells us about his professional experiences as a doctor in different employments on care of addicts during forty years. The steering mechanisms of medical treatment and care are analysed. The consequences of this steering have affected vulnerable groups as addicts but also weakened the ethics of medical treatment and care and the doctor's role. Different proposals to strengthen the doctor's role are discussed.

Inledning

I min framställning om missbruk och missbruksvård utgår jag främst från egna erfarenheter av läkarverksamhet under många decennier. Den ensidiga marknadsekonomiska styrningen av vård och omsorg enligt New Public Management (NPM) under senare decennier har bl.a. lett till en försvagning av läkarrollens innersta kärna. Läkarrollen bygger på tusenåriga värderingar som har sin grund i Hippokratens ed.

Clarence Blomquist

– svensk pionjär inom läkaretiken

I mitten på 1960-talet började jag som underläkare på den psykiatriska kliniken vid Danderyds sjukhus. På kliniken vårdades patienter med dels allmänpsykiatriska och dels missbruksproblem. Det var alltid själva patientverksamheten som stod i centrum.

Chef på den avdelning där jag tjänstgjorde var biträdande överläkare Clarence Blomquist. Clarence har be-

tytt en hel del för min syn på läkaryrket och på läkarrollen. Han var starkt engagerad i samhällsproblem, diskuterade gärna medicinetiska spörsmål inte minst läkarrollen och var aldrig rädd att yttra sig i kontroversiella ämnen. Han skrev ett flertal debattböcker i medicinetiska frågor. Han såg som läkarens plikt att slå larm, skrika till om missbruk av tabletter och droger, om förhållandena på långvårdskliniker där folk läggs till sängs kl. 3 på eftermiddagen och stoppas fulla med piller, om missbruk av psykiatrin i den diagnostiska kulturen m.m. [1]. Dessa frågor känns igen också idag. Clarence kallade detta att göra sin röst hörd för ett slags politiskt och socialt ansvar hos läkaren. Han var en pionjär inom medicinetiken i Sverige. Tyvärr gick han bort alldeles för tidigt 1979 endast 53 år gammal.

Gunnar Inghe – Sveriges förste socialläkare

En annan förebild för mig var Gunnar Inghe – Sveriges förste socialläkare och sedermera professor i socialmedicin. Jag mötte honom på 1970-talet och imponerades av hans starka engagemang för och absoluta oräddhet i att försvara utstötta grupper. Han var också chef för den socialmedicinska institutionen vid Karolinska Institutet, varifrån ett socialmedicinskt forskningsprojekt om vårdbehov i gamla Stockholms län det s.k. REBUS-projektet, i vilket jag deltog som psykiater, utgick.

Gunnar Inghe bidrog nog en del till att jag själv under femton års tid kom att arbeta som socialläkare i ett team

med bland annat sjuksköterskor och fältarbetare först i Sollentuna sedan i Sundbybergs kommun. Min socialläkartjänstgöring var det mest meningsfyllda arbete jag haft under mitt yrkesverksamma liv. Jag fick lära känna missbrukare och psykiskt sjuka i deras hemmiljö och fick en helhetsyn som man som läkare sällan kan få på sjukhus eller ens idag på en vårdcentral.

Gunnar Inghe bedrev själv forskning om bland annat hemlösa. Den bok av honom och hans hustru Maj-Britt Inghe som blev mest spridd och omdiskuterad var ”Den ofärdiga välfärden” från 1967 [2].

Socialläkarna var anställda av kommunerna. Det fanns tidigare socialläkare främst i storstäder samt i några andra större städer i vårt land. I och med att Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 trädde i kraft var det meningen att primärvården skulle ta över socialläkarens arbetsuppgifter men i praktiken har detta inte skett. Idag är det ännu sämre förutsättningar för primärvården att ta över socialläkarfunktionen. Sveriges siste socialläkare var Anders Annell som slutade som socialläkare i Stockholms stad 2007.

Klinikchef Beroendekliniken Danderyds sjukhus

I slutet av 1980-talet blev jag så klinikchef och överläkare för beroendevården vid Danderyds sjukhus. Jag märkte då att det höll på att hända något allvarligt i svensk sjukvård inte minst inom beroendevården. Nya ekonomiska styrsystem med beställare och producenter, det s.k. köp- säljssystemet,

lanserades. Som klinikchef fick jag gå på kurser som landstinget anordnade för att lära mig de nya styrmodellerna. Jag åkte till SAS och IKEA och studerade deras ledningsmetoder. Ekonomikonsulter dök upp på Beroendekliniken. Personalen skulle lära sig att sätta pris på det mesta.

De här marknadsekonomiska styrmodellerna kan ses som de första tecknen på New Public Management (NPM) – reformens intågande i svensk offentlig sjukvård.

Dalamodellen

Det första exemplet på en sammanhållen ekonomisk styrmodell var Dalamodellen. Inför att Stockholmsmodellen skulle sättas i sjön på nyåret 1992 kom företrädare för Dalamodellen till Danderyds sjukhus och föreläste för klinikcheferna som sedan fick åka till Dalarna för att studera Dalamodellen på plats. Jag ställde vid upprepade tillfällen frågan: Hur behandlar ni patienter med beroendeproblematik i Dalamodellen? Jag fick hela tiden svävande svar men till slut uppe i Falun hänvisades jag till Socialförvaltningen där man sa att missbrukare togs över huvud taget inte om hand i Dalamodellen. Missbrukarna skickades i stället med flygplan till Island där de fick genomgå avgiftning och sedan Minnesotabehandling. Det låter som en skröna men för några år sedan mötte jag på en hemlöshetskonferens en isländsk terapeut som var med och tog hand om de svenska missbrukarna på Island och hon kunde bekräfta att det gick till på det här viset. Det var första gången

jag på ett påtagligt sätt kunde konstatera att just utstötta grupper i det här fallet missbrukare med sina sammanstatta problem inte passar in i ekonomiska styrsystem av det här slaget.

Länets första avdelning för psykiskt störda missbrukare

På Danderyds sjukhus beroendeklinik startade vi länets första avdelning för psykiskt störda missbrukare 1994 – ett mycket välkommet tillskott. Efter ett år fick vi, trots att värden av psykiskt störda missbrukare var högprioriterad, lägga ned avdelningen i samband med de sparbeting som kom. Vid nedläggningen åkte jag tillsammans med en patient upp till en TV-nyhetsstudio och tillfrågades om vad som skulle hända med patienterna när avdelningen stängde. Jag sa som det var. En del patienter skulle riskera att hamna i hemlöshet. Därefter plockade programledaren via telefon in den politiskt ansvarige på sjukvårdsområdet för en kommentar. Jag kommer inte ihåg vad hon svarade men jag var inte särskilt populär bland sjukvårdspolitiker och administratörer efter detta.

Minskningen av slutenvårdsplatser inom psykiatri och beroendevård

Det som drabbat både psykiatri och beroendevård under de senaste decennierna är en kraftig minskning av antalet slutenvårdsplatser. Sålunda minskade 1993-98 inom Stockholms läns landsting antalet allmänpsykiatriska slutenvårdsplatser med två tredjedelar och antalet slutenvårdsplatser inom den vuxna beroendevården med

två femtedelar [3]. Fram till mitten av 1990-talet fanns fem psykiatriska akutmottagningar inom Stockholms läns landsting. Nu finns endast en länsövergripande psykiatrisk akutmottagning och en beroendekutmottagning vid St. Görans sjukhus. Antalet psykiskt sjuka hemlösa ökade i Stockholms stad från cirka 500 1993 till cirka 1500 1998 – sannolikt ett samband med vårdplatsneddragningarna [4].

Hemlöshetsundersökning

Av skäl som nämnts ovan hade jag svårt att vara kvar som klinikchef på Beroendekliniken Danderyds sjukhus och jag fick mycket lägligt en anställning 1996 som överläkare i socialmedicin för att arbeta med ett hälsoprogram för utstötta grupper. Jag kom år 2000 att leda en klinisk pilotstudie av 35 hemlösa med deltagande av ett flertal specialister bl.a. tandläkare [5]. Undersökningen visade bland annat att de flesta undersökta hade ett mångårigt bruk eller missbruk av alkohol och andra droger. Nästan hälften hade en potentiell psykisk störning varav nästan alla med samtidig alkohol-/narkotikaanvändning. Att få sitt oftast mycket dåliga tandstatus undersökt och åtgärdat motiverade många hemlösa till att delta i studien och sedan också till att påbörja en rehabilitering ut ur hemlöshet och missbruk.

Studiens resultat ledde till skapandet av en speciell vårdcentral för hemlösa på Söder i Stockholm. Vårdcentralen finns kvar och drivs numera i Ersta sjukhus regi. Det är bra att det finns en särskild vårdcentral för hem-

lösa men personligen tycker jag att det hade varit minst lika viktigt att inte dra ned resurserna för psykiskt sjuka och missbrukare såsom skett. Hemlösheten har sin grund främst i bostadsproblem men också i avsaknad av vård- och rehabiliteringsresurser för missbrukare och psykiskt sjuka.

Privatiseringar inom beroendevård och primärvård

Under 2000-talet skedde privatiseringar inom beroendevården och primärvården. Det är märkligt att privatiseringarna tilläts börja med en av de mest utsatta grupperna nämligen missbrukarna. Här kunde de fem delägarna på Maria beroendecentrum AB, varav ett par var läkare, efter fem års verksamhet förutom sin lön plocka ut vinster på sex miljoner kronor vardera. Att samtidigt vara aktieägare och behandlare i det privata vårdbolaget utgör en konfliktsituation där läkaretiken och läkarrollen kommer i kläm med vårdbolagets ekonomiska vinstintressen. Märk väl att dessa miljonvinster kommer från våra gemensamma skattemedel. Samma konfliktsituation uppstår i privat drivna vårdcentraler.

Vårdvalet

Något som också har påverkat läkarrollen är vårdvalet med sina marknadsekonomiska styrmekanismer och prislistor. Primärvårdens vårdval infördes frivilligt av åtta landsting 2007-2009, i Stockholm läns landsting (SLL) 2008. 2010 blev det obligatoriskt för alla landsting att införa vårdval.

Riksrevisionen har i en rapport från 2014 gjort en ingående analys av primärvårdens vårdval och riktar på en rad punkter allvarlig kritik [6,7]. Vårdutnyttjandet har blivit mer ojämnt, många besökare med lätta och lindriga besvär har tillkommit medan de sjukaste patienterna gör färre läkarbesök. Undertecknad har utifrån resultaten i en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen beräknat att sjukskrivningskostnaderna i vårt land ökade 2007-2009 med 700-800 miljoner kronor årligen enbart p.g.a. Vårdval Stockholm och dess ersättningsystem [7,8]. Även förskrivningar av antibiotika påverkades enligt en annan undersökning från Stockholms universitet [7,9].

Något som inte undersökts så vitt jag vet, men som starkt kan ha påverkats av vårdvalet är läkarnas förskrivning av beroendeframkallande läkemedel (se nedan).

Nu har allianspolitikerna, socialdemokraterna och miljöpartisterna i Stockholms läns landsting kommit överens om ett ändrat ersättnings-

tem i Vårdval Stockholm med högre andel fast ersättning 60 procent och mindre andel rörlig ersättning 40 procent (DN.Debatt 12/9 2015) för att få en mer jämlig vård. Detta är visserligen något bättre än tidigare men fortfarande är man inom Vårdval Stockholm beroende av marknadens styrmekanismer med sina prislistor med mera. Jag anser liksom Svenska Läkaresällskapet i sin projektrapport ”En Värdefull Vård” [10] att hälso- och sjukvården bör finansieras genom ramanslag.

Vårdens styrmekanismer

I figur 1 åskådliggörs styrmekanismerna inom vården och målkonflikten mellan vårdefterfrågan och vårdbehov.

Vårdvalet styrs av marknaden och av patientens vårdefterfrågan. Vårdefterfrågan är i målkonflikt med patientens vårdbehov. Vårdbehoven skall styra enligt hälso- och sjukvårdslagen där det i portalparagrafen § 2 står att målet för hälso- och sjukvår-



Figur 1. Lagar, regler och faktorer som styr vårdefterfrågan respektive vårdbehov. (Källa: Hall-din J. Läkartidningen 27/3 2015).

den är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att den som har det största behovet skall gå före.

Beträffande Läkarförbundets etiska regler § 17 anges bl. a. ”Läkaren skall aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel”. I § 18 står bl. a. att ”Läkaren får inte påverkas av otillbörligt förvärvsbegär och inte utföra annan behandling än vad som är medicinskt motiverat.”

Dagligen överträds i svensk sjukvård, i den ensidiga ekonomistyrning som råder, både hälso- och sjukvårdslagen och de läkaretiska reglerna – ett förhållande som påverkar läkarrollens innersta kärna.

Hur kan vi stärka läkarrollen?

Som framgått ovan har det varit svårt för många läkare, att i den ensidiga marknadsekonomiska styrning, som svensk sjukvård varit utsatt för under de senaste decennierna, följa hälso- och sjukvårdslagen samt de läkaretiska reglerna.

Det är därför nödvändigt att hitta vägar för att stärka läkarrollen. Ett sätt vore att återinföra läkareden i Sverige. Detta har nyligen utretts men Läkarförbundets fullmäktigemöte 2015 röstade nej till förslaget [11]. Läkarförbundet skall i stället satsa på att öka medvetenheten om Förbundets etiska regler.

Det är väsentligt att vårdetiken får genomslag också i ledningen av hälso- och sjukvården. Inte minst läkare i olika chefspositioner måste också

följa vårdetiska regler och värderingar liksom ha patientperspektivet som rättesnöre. För yngre kollegor blir äldre kollegor i chefspositioner förebilder i dessa avseenden. Om förebilderna brister och inte säger ifrån när grundläggande läkaretik hotas är det lätt att också de yngre kollegorna tystnar. I ett sådant arbetsklimat påverkas arbetsmiljön.

Arbetsvillkoren för läkare har försämrats under senare decennier och det kollegiala ledarskapet, som utmärker professionella organisationer, har minskat [12].

”Astrid Lindgren-fallet” för åtta år sedan är delvis ett exempel på detta – ett ärende som bland annat ledde till ödesdigra konsekvenser för en oskyldigt anklagad narkosläkare [13].

Det borde inte vara tillåtet att samtidigt vara aktieägare och behandlare i till exempel ett privat vårdbolag som driver en vårdcentral. Läkaretiken och läkarrollen kommer då i konflikt med ekonomiska vinstintressen.

Det är också nödvändigt att företrädarna för ämnet medicinsk etik aktivt deltar i dagens sjukvårdsdebatt och säger ifrån när läkaretik och hälso- och sjukvårdslag hotas. Denna tystnad från medicinetikernas sida kan enligt projektrapporten ”En Värdefull Vård” bero på att professorerna i medicinsk etik företrädesvis är filosofer [10].

Som framkommer ovan har sedan många år socialläkarfunktionen i Sverige upphört. Idag finns det vanligtvis inga speciella läkare eller läkarteam som besöker utsatta människor, som missbrukare, psykiskt sjuka, invandrare m.fl. grupper, i deras hem. Fler-

talet läkare och läkarstudenter har därför ganska liten kännedom om utsatta och fattiga människors livsvillkor och hur det ser ut i våra mest segregerade bostadsområden. Jag tror att denna bristande kunskap och erfarenhet kan minska både empati och förståelse för människor i utsatthet. Detta kan i sin tur påverka läkarrollen och hur vi som läkare bemöter och behandlar människor från olika livsmiljöer.

I projektrapporten ”En Värdefull Vård” [10] föreslås att socialmedicinens roll och uppdrag utreds.

Det talas om att rikta insatser mot utsatta grupper. Om socialmedicinska team tillskapas ersätter inte dessa andra verksamheters uppdrag att verka för att vård ges utifrån behov. Däremot kan en av teamets främsta uppgifter bli att tillgodose vårdbehov hos de som inte annars tar kontakt

med hälso- och sjukvården [10].

Socialmedicinska team skulle förslagsvis inrättas i utsatta områden som vissa stadsdelar och förortskommuner till Stockholm och andra storstäder. Teamens främsta uppgift bör vara att bevaka de mest utsatta gruppernas situation. Teamen bör för forskning och utveckling kopplas till en socialmedicinsk enhet eller institution.

Avslutningsvis: Läkarrollens innersta kärna är idag hotad framför allt av ekonomiska vinstintressen som gör sig gällande i vården genom ekonomiska styrsystem av typ Vårdval Stockholm. Detta drabbar främst utsatta grupper som missbrukare.

Därför måste Sveriges Läkarförbund gå i bräschen för att läkarrollen inte korrumpas. Detta innebär bland annat att vårdetiska regler och hälso- och sjukvårdsdrag efterföljs.

Referenser

1. Blomquist C. Att taga vara på sin broder. Om läkarens ansvar. Stockholm: Natur och Kultur, 1976.
2. Inghe G, Inghe MB. Den ofärdiga välfärden. Tidens förlag, Folksam, 1967.
3. Halldin J. Dags att få bukt med hemlösheten i Stockholm. Läkartidningen. 2009;106:657-8.
4. Halldin J. De hemlösa har rätt till vård och omsorg. Stort behov av särskilda öppenvårdsmottagningar. Läkartidningen. 2000;97:932-5.
5. Halldin J, Beijer U, Feltsen E, et al. En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. Stockholm: Avdelningen för socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, och Socialmedicinska Enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting;
6. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm: Riksrevisionen; 2014. RIR 2014:22.
7. Halldin J. Vårdvalets konsekvenser för individ, vård och samhälle. Läkartidningen. 2015;112:DCT 7.
8. Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna. Rapport 2014:17. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
9. Fogelberg S. Effects of competition between healthcare providers on prescription of antibiotics. Working paper. Stockholm: Stockholm University, Department of Economics; 2014.
10. En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Stockholm: Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En värdefull vård; 2015.
11. Lövtrup M. Läkarförbundets fullmäktigemöte 2015. Nej till att återinföra läkared. Läkartidningen. 2015;112:DIRF.
12. Bejerot E, Aronsson G, Hasselbladh H, et al. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. Enkätstudie om svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. Läkartidningen. 2011;108:2652-6.
13. Halldin J. Varför var kollegorna tysta i Astrid Lindgren-fallet? Läkartidningen. 2014;111:CRYI.