

Vårdprofessionen måste säga ifrån!

Jan Halldin

Leg läk, med dr. Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap. Avdelningen för Socialmedicin, Norrbacka, 171 76 Stockholm. E-post: jan.halldin@gmail.com.

Sedan slutet av 1980-talet har marknadsekonomin och de ekonomiska styrmodellerna allt mer gjort sig gällande i sjukvården i Sverige. Det har skett stora neddragningar inom slutenvården och under senare år har också olika vårdvalsmodeller införts. Allt större delar av vården har privatiserats med vinstintressen som främsta drivkraft. Vården har därigenom fragmentiserats vilket främst drabbat de mest utsatta grupperna. För att bevaka och stödja dessa grupper föreslås inrättandet av socialläkarteam i vissa utsatta områden. I det som nu sker i vården upplever artikelförfattaren en tystnad från vårdprofessionens sida och diskuterar olika orsaker härtill samt uppmanar bland annat läkarna att i högre grad än idag säga ifrån.

Since the late 1980s, marketization and economic management models have become more prominent in Swedish health care. There have been large reductions of inpatient care and during the latest years different models of patient choice of care have been introduced. In addition large parts of health care have been privatized, with profit interests as the main driver. Health care is becoming fragmented which mainly affects the most vulnerable groups. In order to monitor and support these groups social medical officer's teams are proposed to be reintroduced in some disadvantaged areas. In the light of current developments the author perceives a silence from health care professionals and discusses different causes of that, and invites, among others, physicians to protest more loudly.

Säg ifrån

Den 93-årige fransmannen Stéphane Hessel kom nyligen på svenska ut med sin lilla skrift "Säg ifrån!" [1]. I Frankrike har den sålts i över två miljoner exemplar. Hessel var aktiv i motståndsrörelsen under andra världskriget och överlevde både tortyr och koncentrationsläger. Han är idag den siste levande av de tolv författarna till FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948.

Hessel säger beträffande dagsläget att "Klyftan mellan de allra fattigaste och de allra rikaste har aldrig varit så djup, penningbegäret har aldrig varit starkare och konkurrensen aldrig uppmuntrats lika ivrigt." Han skriver att samhället i sin helhet "får inte ge upp, inte låta sig skrämmas av marknadernas ekonomiska diktatur som breder ut sig internationellt och idag hotar fred och demokrati." När nu ekonomisk tillväxt

och tekniska framsteg blivit mål i sig och vetenskapen fått stå i den finansiella maktens tjänst är det ”hög tid att i stället värna om etik, rättvisa och balans i världen.” Hessel påpekar att människan har ett personligt ansvar och manar oss människor att uppröras, säga ifrån och engagera oss. Jag håller helt med.

Marknadsekonomin styr även i vårt land

Utifrån denna omvärldsanalys kan man fråga sig om samma problem också föreligger i vårt land idag. Jag vill påstå att det är så. Även här styr marknaden med sina ensidiga ekonomiska intressen och klyftorna mellan rika och fattiga har ökat.

Jag skall först mer ingående ur ett behandlings- och vårdperspektiv diskutera situationen för några av de mest utsatta grupperna som tunga missbrukare, svårt psykiskt sjuka och hemlösa i marknadsekonomin i Sverige. Därefter skall jag ta upp tänkbara orsaker till vårdprofessionens tystnad när ekonomismen och vårdnedskärningarna speciellt har drabbat de utsatta grupperna och ge förslag på några åtgärder för att bryta denna tystnad.

Ekonomiska styrmodeller

Under mina nio år som chef för toxikomanikliniken (beroendekliniken) vid Danderyds sjukhus under 1980- och 90-talen märkte jag hur marknadsekonomin och de ekonomiska styrmodellerna allt mer började göra sig gällande i sjukvården. Ett exempel på hur vårdens mest utsatta då kunde hamna ut-

anför de ekonomiska styrmodellernas intressen är följande: Stockholms läns landsting (SLL) beslutade 1991 att från och med 1992 införa ett ekonomiskt styrsystem med beställare och producer – en modell som kom att kallas för Stockholmsmodellen. Den första ekonomiska styrmodellen av denna art som infördes i vårt land var Dalamodellen. Inför Stockholmsmodellens införande åkte jag därför tillsammans med ett antal andra klinikchefer från Danderyds sjukhus upp till Falun för att närmare bekanta mig med Dalamodellen. Jag hade redan innan resan frågat företrädare för Dalamodellen var och hur man behandlade patienter med missbruksproblem i denna modell men fick undvikande svar. Väl uppe i Falun ställde jag frågan igen och hänvisades då till socialförvaltningen. Vid samtal med ansvarig socialtjänsteman visade det sig att man över huvud taget inte tog hand om missbrukarna och missbruket i Dalamodellen. Socialförvaltningen skickade därför sina missbrukare (även det så kallade A-laget) oavgiftade till Island för avgiftning och fortsatt behandling enligt Minnesotamodellen. Jag vet att ett isländskt missbrukarteam senare kom över till Falun för att där på plats ta hand om missbrukarna och behandla dem enligt Minnesotamodellen.

Neddragningar inom vården

Den första januari 1995 överfördes i Sverige huvudansvaret för de långvarigt psykiskt störda, som var medicinskt färdigbehandlade, från landstingen till kommunerna (den så kallade

psykiatrireformen). Tyvärr satsades inte tillräckligt med resurser vid denna övergång. Ungefär samtidigt i mitten av 1990-talet skedde i Sverige också de stora neddragningarna av slutenvårdsplatser – neddragningar som också drabbade allmänpsykiatri och beroendevården inom SLL. Sålunda fick toxikomanikliniken vid Danderyds sjukhus redan efter ett års verksamhet lägga ner länets första avdelning för psykiskt sjuka missbrukare trots att avdelningen var högprioriterad. Detta var ett svek mot patienterna och även ekonomiskt oansvarigt ur ett lite längre perspektiv.

Trots att Sveriges ekonomi förbättrades fortsatte neddragningarna inom slutenvården för såväl allmänpsykiatri som beroendevård inom SLL. Åren 1993-2008 minskade inom SLL antalet allmänpsykiatriska slutenvårdsplatser med närmare 80 procent och antalet slutenvårdsplatser inom den vuxna beroendevården med drygt 60 procent [2].

Hemlöshet

Utebliven vård och behandling för psykisk sjukdom eller missbruk kan leda till hemlöshet. I Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten i Sverige 2005 rapporterades 17 800 personer vara hemlösa, varav 62 procent hade missbruksproblem, 40 procent psykiska problem och 23 procent både missbruksproblem och psykiska problem [3].

En dansk landsomfattande kohortstudie av hemlösa människor, som var 16 år och äldre och registrerats i det danska hemlöshetsregistret (det vill säga

haft minst en kontakt med ett härbärke för hemlösa i Danmark) mellan 1 januari 1999 och 31 december 2009 visade följande: Av 32711 hemlösa personer som inkluderades i studiepopulationen hade 62 procent av männen och 58 procent av kvinnorna en registrerad psykisk störning. Missbruksdiagnos förekom hos 49 procent av männen och 37 procent av kvinnorna [4].

Ovanstående studier visar att hos majoriteten av de hemlösa förekommer psykisk störning/missbruk. I dagens diskussioner rörande hemlöshet används ofta begreppet ”Housing First”, det vill säga att ordna den hemlöses boende först och sedan ta itu med hans/hennes andra problem. Det är bra att myndigheter inser betydelsen av att ha ett boende, men dessutom fordras fungerande psykiatrisk vård och beroendevård för att stödja en hemlös med psykiska och/eller missbruksproblem att lyckas med att behålla boendet.

Vårdval och privatiseringar

I Sverige har det inom sjukvården under senare år införts olika vårdvalsmodeller och dessutom har delar av vården privatiserats med vinstintressen som främsta drivkraft. Dessa förändringar riskerar att fragmentisera vården vilket kan medföra att svårt psykiskt sjuka och tunga missbrukare med sammanvävda vårdbehov lämnas utanför vården.

Missbruksutredningen

Missbruksutredningen kom på försommaren 2011 ut med sitt slutbetänkande, bestående av en analys- och en

förslagsvolym (SOU 2011:35) [5]. Jag har i en tidigare artikel ”De mest utsatta missbrukarna glöms bort” i Läkartidningen [6] diskuterat missbruksutredningens förslag. I slutbetänkandet föreslås genom en ny lag om beroendevård att ansvaret för behandling samlas hos landstinget medan kommunen får ansvaret för stöd. Genom att landstingen tar på sig ansvaret för behandling ska de genom skatteväxling få ett tillskott på drygt 2,3 miljarder kronor från kommunerna. Visst finns det en del positiva förslag i slutbetänkandet som en förstärkt vårdgaranti och samarbetsavtal mellan kommuner och landsting rörande insatser för människor med problem med missbruk, beroende eller riskabel konsumtion av alkohol och andra droger. Men kommer nu de föreslagna åtgärderna att gynna de utsatta missbrukarna med sammanvävda vårdbehov? Jag befärar att skatteväxlingspengarna från kommuner till landsting inte kommer de tunga missbrukarna till del. Det är dessutom svårt att skilja på vad som är stöd och vad som är behandling när det gäller utsatta missbrukare med sammanvävda vårdbehov.

Om missbruksutredningens förslag går igenom tror jag risken är stor att de mest utsatta missbrukarna till stor del hamnar utanför vården.

Socialläkarteam

Mot bakgrund av det som sker i vården idag har jag sett det som angeläget för kommuner/stadsdelar i utsatta områden att inrätta särskilda socialläkarteam för att bevaka och stärka utsatta gruppers ställning i samhället [7 – 9]. Det

blir ännu angelägnare att inrätta sådana team om missbruksutredningens förslag skulle bli verklighet.

Vårdprofessionens tystnad

Jag upplever att när ekonomismen och nedskärningarna har drabbat vården under de senaste 15 – 20 åren har det varit ganska tyst från vårdprofessionens sida speciellt om de utsatta gruppernas situation. Varför denna tystnad? Jag tror att orsakerna är flera. Det har under lång tid i Sverige funnits mycket starka krafter inte minst från politiskt håll att förändra vården i marknads-ekonomisk riktning.

Med detta som mål har sjukvården i vårt land under de senaste decennierna byggt upp en stor administrativ apparat av tjänstemän som tagit plats mellan politikerna och vårdprofessionen. Tjänstemännen har ofta ringa erfarenhet av vårdarbete. Deras huvudsakliga inriktning är utredning och ekonomi, varvid själva patientverksamheten inte på samma sätt som tidigare fått stå i fokus. Dessutom är tjänstemännen de som idag har den närmaste kontakten med sjukvårdspolitikerna. Visserligen finns det läkare och andra vårdarbetare som numera också arbetar i sjukvårdsadministrationen och som tidigare ägnat sig åt patientarbete. Dessa personer kan dock med tiden ha blivit mer intresserade av utrednings- och administrativt arbete och kan därför ha svårt att hävda patientperspektivet, inte minst då de arbetar i en omgivning med enbart utredare/administratörer.

Jag upplever dessutom att det idag är få verksamhetschefer inom vården som ställer upp och försvarar de utsatta gruppernas situation i diskussioner och debattartiklar rörande exempelvis vårdprioriteringar.

En förklaring kan vara att man inte vill stöta sig med den politiska ledningen då den klinik man är chef för är beroende av att även fortsättningsvis få anslag från landstinget. Få verksamhetschefer vill ta strid med den politiska ledningens intentioner då man därigenom kan riskera att förlora sitt chefsjobb, även om man har sin grundbefattning som exempelvis överläkare kvar.

Svenska Psykiatriska Föreningen säger ifrån

Glädjande nog finns det undantag till ovanstående. Ett sådant exempel är Svenska Psykiatriska Föreningen och dess ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, som nyligen i en artikel ”Psykiatrisatsning bara tomma ord” i tidningen Dagens Samhälle[10] talar klarspråk. Utgångspunkten är en rapport från SKL i juli 2011. Rapporten visar nettokostnadsförändringar för landstingen vad gäller hälso- och sjukvårdskostnader 2010. Under flera år har psykiatrin fått stå tillbaka på bekostnad av somatisk sjukvård och primärvård. Risö Bergerlind säger att det målats upp en bild av ökande resurser till psykiatrin sedan den så kallade Miltonutredningen. I själva verket är det så att resurserna till vården av de svårast psykiskt sjuka, som människor med schizofreni, bipolär sjukdom, ADHD och svåra personlighetsstörningar med

självskadebeteende, minskar. ”Vi i Svenska Psykiatriska Föreningen håller politiker och tjänstemän inom landsting och regioner ansvariga” skriver Risö Bergerlind, som vill se en utbyggnad av psykiatrisk vård över tid – en vård där medlen skall komma även de långtidssjuka till godo. Det är ord och inga visor.

Även om det är lättare och kanske också gör större nytta att skriva en artikel som ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen än som enskild psykiater måste även kliniskt verkamma psykiater i vården säga ifrån när exempelvis oacceptabla vårdnedskärningar drabbar deras patienter.

Hur kan vi underlätta för läkare att gå in i debatten?

Vad kan vi göra för att underlätta för läkare och andra vårdarbetare att gå in i denna debatt och få sjukvårdspolitiker att satsa tillräckliga resurser på bland annat psykiatrin?

För att öka kunskapen om effekterna av de pågående sjukvårdspolitiska förändringarna är det nödvändigt med en stark socialmedicinsk forskning, som fokuserar på effekterna för de mest utsatta. Jag anser också att det till denna forskning ska knytas klinisk socialmedicinsk verksamhet exempelvis i form av socialläkarteam, som bevakar de utsatta gruppernas behov och bygger upp praktisk förvärvad erfarenhet om hur behoven kan tillgodoses. Jag tror också att det bra om läkare får träning i att skriva debattartiklar. Blivande psykiatrer i ST-kursen ”Psykiatri och

samhälle” våren 2011 fick därför som examinationsuppgift att skriva en debattartikel. I detta kursmoment deltog Läkartidningens debattredaktör som bedömare och för att ge feedback.

Det behövs idag mer utbildning för läkarstudenter om samhällets mest utsatta grupper. I detta sammanhang är det nödvändigt med en lärobok i psykiatri som mer ingående än läroboken Psykiatri [11] tar upp detta ämne.

Jag vill avsluta med det jag inledde med, nämligen fransmannen Stéphane Hessels skrift och med den som förebild uppmana inte minst läkarkåren i vårt land att i högre grad än idag säga ifrån när nödvändiga resurser till de mest utsatta och svårast sjuka patienterna är hotade.

Referenser:

1. Hessel S. Säg ifrån! Unika textkommentarer av Norlin A, Greider G, Moberg Å, Schori P. Louise Lindfors Förlag, 2011.
2. Halldin J. Dags att få bukt med hemlösheten i Stockholm. Läkartidningen. 2009;106:657-8.
3. Hemlöshet i Sverige. Omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-16>
4. Nielsen S F, Hjorthøj C R, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet* 2011; 377:2205-14.
5. Missbruksutredningen. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret. SOU 2011:35. <http://www.regeringen.se/sb/d/14017/a/167105/>
6. Halldin J. De mest utsatta missbrukarna glöms bort. Läkartidningen. 2011;108:1379.
7. Halldin J. Inrätta socialläkarteam i utsatta områden. Läkartidningen. 2008;105:2032-3.
8. Ågren G. Återupprätta socialläkarna! *Socialmedicinsk Tidskrift* häfte 5, årgång 86, 2009: 433-6.
9. Halldin J. Socialmedicin – ett stöd för utsatta. *Socialmedicinsk Tidskrift* häfte 5, årgång 86, 2009: 417-23.
10. Risö Bergerlind L-L. Ordförande, SPF. Psykiatrisatsning bara tomma ord. *Dagens Samhälle* 2011;nr 26:sid 9.
11. Psykiatri. Huvudredaktör Herlofson J. Redaktörer. Ekselius L, Lundh L-G, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M. Upplaga 1:4. Studentlitteratur AB, Lund 2010.