

Psykologtidningen debatt

Psykiatrins patienter alltid sist i kön

Besparingar inom psykiatrin leder vanligen till att vården av missbrukare och äldre lågprioriteras medan den psykiatriska vården "akutiseras", skriver Ference Ary. Behandlingstiderna pressas och patienter återkommer allt oftare.

När sjukvården ska spara är det psykiatrin som först ska minska sina kostnader. När psykiatrin i sin tur ska verksställa besparingsbeslut drabbas alltid missbrukarna, de med beroendesjukdomar och äldre personer först. Funktionshindrade utan psykosdiagnos, och med livslångt behov av vård, kommer därefter.

Det är en något grovhuggen beskrivningen av sjukvårdens "hushållning" men pengarna, baserad på 30 års erfarenhet av den psykiatriska vården, varav 20 år i chefsbefattningar.

Psykosgrupperna är, sedan 1994 års psykiatrireform, fredade. Forskning och utveckling av olika typer av neuropsykologiska och neuropsykiatriska sjukdomar kommer troligen att resultera i att även vården av långvarigt psykiskt sjuka personer måste ses över. Utöver effektiv farmakologisk behandling samt åtgärder för bevarad och höjd livskvalitet måste även effektiva träningsmetoder av typen mentalisering utvecklas.

TILLSVIDARE SPAR regeringen på vuxenpsykiatrin. I regeringens "satsning" på psykiatrin de tre kommande åren gick inga pengar till vuxenpsykiatrin (Dagens Medicin, 8 oktober 2008). Psykiatrin kostar landstingen 17 miljarder kronor per år medan regeringens satsning, som bara är tillfälliga projektpengar, uppgår till 0,9 miljarder kronor per år under tre års tid. En stor del av pengarna går till barn- och ungdomspsykiatrin.

Mina 30 år inom psykiatrin räcker inte till för att förstå detta.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) redovisade i oktober sin finansiella prognos. Enligt den kommer kommuner och landsting få ett lägre skatteunderlag under 2009-2010.

Socialstyrelsen har lagt ned förtjänstfullt mycket tid på att påvisa behovet av evidensbaserad vård för missbrukare. Föreskrifterna talar sitt tydliga språk: Det ska finnas specialiserade beroendeenheter för vård av missbrukare. I vården ska ingå läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare och den ska skötas i nära samarbete med kommunala instanser.

I den pågående sparivern lägger man på vissa håll ned beroendeenheter och erbjuder missbrukarna en föråldrad och dokumenterat ineffektiv vård på akutavdelningarna. Vi är tillbaka i "allvårdsavdelningarnas" tankevärld. Man prövar igen att vårda akut psykotiska, djupt deprimerade och suicidala människor tillsammans med missbrukare.

Vårdtiden för en missbrukare i en sådan miljö är tre till fyra dagar, tio till tolv gånger per år. Missbrukarna upplever inte att de tas på allvar, personalen lägger oproportionerlig tid på sina "stamkunder". Läkaren är ständigt upptagen med in- och utskrivningsprocedurer. I värsta fall hinns utskrivningarna inte med, patienten får uppta en säng på grund av tidsbrist.

Det är en ovärdig vård, det är en fattig vård.

DE ÄLDRE DÅ? Sedan 60-talet har det varit ett trätoämne om landstingen ska ha "geropsykiatri" eller inte på sin repertoar. Trenden är att det bildas "äldrecentrum", som i praktiken innebär att medicinklinikerna blir av med sina äldre patienter, vilka ofta utgör

en grupp som står för överbeläggningarna. Och psykiatrin kan avveckla sin äldrepsykiatri. Demensutredningar görs i allt större omfattning av primärvården. Vad man glömmer bort i sammanhanget, eller ska man kanske säga vad man medvetet offrar, är vård och behandlingskvalitet.

En modern geropsykiatrisk enhet med integrerad sluten- och öppenvård som också sköter sin dagsjukvård, som har en förmåga till mobilitet, som kan göra hembesök, som kan ställa upp på konsultationer för primärvården är en potent och effektiv vårdenhet där helheten och specialistkunnandet är en garanti för kvalitet. En vård där äldre får finna sig i att tillhöra just de "äldre", som om det vore en diagnos, är en ovärdig och fattig vård.

Det finns risk för att de nu pågående besparingarna leder till att den psykiatriska vården "akutiseras". Under specialiseringens högburna fana koncentrerar man sina kvarvarande resurser på akut omhändertagande av allvarliga diagnosgrupper. Det skulle inte vara fel, om det var så att psykiatrin kunde åtgärda akutpsykiatriska tillstånd lika effektivt som en ortoped kan åtgärda en akut fraktur. Men det kan vi inte. Behandlingstiderna i såväl sluten- som öppenvård är redan pressade. Återkommande patienter blir allt vanligare.

HUR BLEV DET SÅ HÄR? Det är frestande att skylla på "centralstyrning", på att politikern inte kan sitt jobb. Politikerna får lov att vara okunniga, men deras tjänstemän får det inte. Det är hög tid att granska kompetensen hos tjänstemannakadern, de som står mellan verksamhetscheferna och politikerna.

Sjukvårdens finansiering och dimensionering är en fråga för samhället och för dess politiker. I svåra ekonomiska tider ökar kravet på rangordning av vilka som först ska få vård. Besparingar innebär högre krav på korrekta prioriteringar.

Psykiatrins patienter hamnar alltid sist i kön. Trots att de löper större risk än andra att dö i suicid eller av en överdos. Förklaringarna till varför de inte prioriteras kan vara många, men en viktig faktor är psykiatrins professioner hittills inte kunnat enas kring vad som behövs för en bättre vård.

Tills vi enas kan vi ställa frågan: Vem skall dö först?

FERENC ARY

Psykolog, psykoterapeut

Tidigare chef för vuxenpsykiatrin i Växjö

2009-06-01