

Psykiatrins förutsättningar och organisation ur ett privatläkarperspektiv

Åsa Björkman

Denna artikel beskriver läget för de cirka 250 privata psykiatrer som finns i landet idag samt något om skälen till att dessa har valt att lämna den offentliga psykiatrin och arbeta i privat regi. Dessutom belyses frågan om vad Försäkringskassan kan vänta sig av den privata specialisten vad beträffar sjukförsäkringsärenden.

Åsa Björkman är specialistläkare i psykiatri sedan 1980, överläkare i Karlstad fram till 1986, i Nacka till 1989 då hon blev privatpsykiater i Stockholm.

Initiativet till Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) vintermöte i Göteborg i januari 2000, där relationerna mellan Försäkringskassorna och Psykiatrin behandlades, kom ursprungligen från en privat psykiater i Göteborg. Denne hade, tillsammans med flera privata kolleger på andra håll, upplevt avsevärda problem med samarbetet med försäkringskassan vid intygsärenden, och bad föreningen att göra en insats för att hos kassan öka förståelsen för de psykiatriska patienternas speciella svårigheter. Han hade upplevt språkförbistring, kommunikationssvårigheter och mistro, vilket naturligtvis ofta hade genererat ytterligare mistro från bägge håll. Därför var det naturligt för SPF att tillsätta en arbetsgrupp, som fick till uppgift att titta närmare på rela-

tionerna mellan psykiatrin och försäkringskassan och, som mål, anordna nämnda konferens.

Arbetsgruppen första åtgärd var att anordna ett möte mellan representanter från RFV, Försäkringsöverläkare, Försäkringsmedicin och psykiatrin, såväl den offentligt organiserade som den privata. Det var med stor glädje vi i arbetsgruppen fick uppleva att förutsättningarna för förståelse och samverkan med kassorna var betydligt större än vad någon inom psykiatrin kunnat ana. Det visade sig att försäkringsöverläkarna, oavsett egen specialitet, redan hade betydande insikt i och en genomtänkt samsyn beträffande psykiatrisk diagnostik och bedömning. Vid detta första möte presenterades för arbetsgruppen ett consensusdokument, utarbetat och underskrivet av nästan samtliga av landets förtroendeöverläkare, där man ger prov på denna insikt. Där står "Samverkan av biologiska, psykologiska, familjära och sociokulturella faktorer kan medverka till skillnader mellan olika individer vid utveckling av psykisk ohälsa efter påfrestning av likartat slag. Detta medför en komplexitet i den försäkringsmedicinska bedömningen." Detta betyder att man bekänner sig till den moderna psykiatrins syn när det gäller olika individers sårbarhetsfaktorer,

Förutsättningarna för förståelse och samverkan med kassorna var betydligt större än vad någon inom psykiatrin kunnat ana

och att förloppet av psykisk ohälsa, och därmed förknippat eventuellt funktionshinder, inte alltid är identiskt mellan individer med samma diagnos. Med andra ord – man måste alltid, vid bedömning av t ex en persons arbetsförmåga, väga in såväl de relevanta stressfaktorerna som individens specifika sårbarhet. Sårbarhetsbegreppet i sin tur byggs upp av kunskap som sträcker sig alltifrån biologiska faktorer, genetiska, sociala och kulturella till kunskap om individens personlighetsmässiga, ofta tidigt inlärd, icke ändamålsenliga beteenden och reaktioner.

Vad är då problemet om nu förutsättningar beträffande samsyn och värderingar föreligger? Ja, naturligtvis handlar det, som så ofta, om kommunikationen; brist på kommunikation, okunnighet om varandras roller och språkförbistring. Diagnosen av problemet förefaller alltså klar och behandlingen är given. Båda parter kan bidra med förändring på ett sådant sätt att problemen minimeras. Parterna behöver mötas. Psykiatrin måste bli tydligare med sina specifika förutsättningar när det gäller patientbedömningar och intyg till kassorna. För såväl de privat arbetande specialisterna i psykiatri som de offentliganställda gäller det att visa initiativ till kontakt med kassan, inse att varje intyg har en mottagare och bör formuleras på ett begripligt och ändamålsenligt sätt. På försäkringskassan bör man i sin tur öka sin kunskap om psykiatriska diagnoser och bedömningsresonemang.

Vilka är vi?

I landet finns idag cirka 250 privata psykiatrer anslutna till den s k Läkarvårdstaxan. De flesta av dessa arbetar i södra Sverige och i storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö men vi har faktiskt en kollega så långt norrut som i Luleå. Av dessa cirka 250 är ungefär

50 stycken psykoanalytiker. Osäkerheten kring det exakta antalet beror på att gruppen successivt reduceras p g a pensions-avgångar. Vid fyllda 65 kliver man ur Läkar-vårdstaxan. Taxan innebär att läkaren får betalt från landstinget för varje patientbesök, för psykiatrens del beror arvodets storlek på tidsåtgången för respektive besök. Systemet innebär att varje läkare förbinder sig att inte ha mer än ett visst begränsat antal patientbesök per år. Skälen till detta är flera men fr a innebär det att landstinget kan ha kontroll över kostnaderna för den privata öppenvården och att man anser sig kunna garantera kvalitén på vården genom detta.

För ett antal år sedan släpptes möjligheten att etablera sig som privatläkare helt fri och vi såg ett ganska kraftigt flöde av specialister ut från den offentliga vården till egna, enskilda läkarmottagningar eller grupp-mottagningar. Inte minst var det många psykiatrer som såg sin chans till ökat självständigt kliniskt arbete. Efter bara något år stoppades denna möjlighet helt och hållet. Pendeln slog kraftigt åt motsatt håll, antagligen i blotta förskräckelsen över att det såg ut som om klinikerna skulle allvarligt dräneras på erfarna specialister. Konsekvensen är att idag kan ingen specialist längre etablera sig privat på Läkarvårdstaxan. Någon enstaka offentliganställd kollega har lyckats få ett s k vårdavtal med landstinget, men för psykiatrens del är detta en högst marginell företeelse. Så nu ser vi alltså hur vår skara decimeras från dag till dag. Inte nog med att vi har förbundit oss att inte ha mer än ett visst antal patientbesök per år – vi får heller inte arbeta längre än till 65, och någon möjlighet att få en efterträdare till mottagningen gives inte heller. Om 15 år är alltså risken stor att det inte finns några privatläkare kvar.

Vad är det då för figurer som arbetar som privata psykiatrer? Ja, vi psykiatrer är ju kända för att vara ganska kufiska överlag, och vi privatläkare är väl ännu konstigare? Att en rättspsykiater skall ha ägg i skägget och en privatpsykiater skall ha julgranen kvar i väntrummet vid midsommar tycks vara en bild som i alla fall medierna älskar att odla.. Därför tänker jag göra en rad påståenden om vår grupp, som jag anser vara mer överensstämmande med verkligheten. I både min egen skap av ledamot i SPF's styrelse och som medlem i en av dess arbetsgrupper, som just består av privata psykiatrer runt om i landet och har i uppdrag att representera det kollektivet i diverse frågor, vill jag mena att jag har fog för mina påståenden.

- Den privata psykiatern har oftast en lång klinisk erfarenhet från offentlig vård, ofta som överläkare på en psykiatrisk klinik.

- Hon har valt att arbeta privat därför att hon vill arbeta kliniskt – dvs i direktkontakt med patienterna. Hennes ofta mycket negativa upplevelser från arbetet i den offentliga vården var att alltför mycket tid gick åt till verksamheter som stal tid från det hon är utbildad för och intresserad av, nämligen det kliniska arbetet.

- Hon är trött och less på den offentliga vårdens eviga omstruktureringar och har inte någon större lust att göra vare sig administrativ eller akademisk karriär.

- Hon anser att patient-läkarkontakten är det bärande elementet i all psykiatrisk specialistvård-utredning, diagnostik och behandling. Teamarbete har utan tvekan ett mycket stort värde men läkaransvaret bör vara det övergripande – såväl i teori som praktik.

- Hon menar att kvalitet i det psykiatriska arbetet kan beskrivas i termer av förtroende, kontinuitet och långsiktighet dvs i mjukare

termer än de som används inom den offentliga vården där man fokuserar på patientgenomströmning och behandlingstider.

- Hon lägger ner avsevärd tid på fortbildning och kollegial samverkan.

- Många, men inte alla, är kvalitetssäkrade. Det kvalitetssystem som många privata läkare använder sig av kallas KVALPRAK och är utarbetat av Stockholms Privatläkarförening men sköts numera i bolagiserad form av Läkarförbundet. Detta system för kvalitets-säkring har visat sig användbart för alla medicinska specialiteter i privat regi och får ökad spridning för varje år. Där tittar man på såväl struktur- som process- och resultatkriterier enligt känd modell och verktyget kan vidare fyllas med specialitets-specifikt innehåll (jfr. Donabedian). För psykiatris del har sk” peer review” blivit en uppskattad och användbar form för kvalitetsgranskning. Fr a har i Sverige psykoanalytiker Christer Sjödin skrivit om detta och har lyckats integrera denna form för psykiatrisk kvalitetsutveckling i Medicinska Kvalitetsrådets utbildning av revisorer.

- Till sist – hon trivs med sitt arbete, arbetar mycket men är INTE utbränd.

Allt detta kan kanske framstå som en idealiserad bild av vårt kollektiv men jag hävdar att det är synnerligen viktigt att vi presenterar en motbild till de eländesrapporter som alltför ofta når ut från psykiatrin. Det finns sådant som fungerar bra!

Försäkringskassan och privatpraktikerna

Vad kan då försäkringskassan vänta sig av den privata psykiatern? Tyvärr tycker vi oss märka att det här och där, men långt ifrån överallt, finns en viss avoghet eller kanske misstänksamhet mot oss privatpraktiker från försäkringskassans sida. Många kollegor har vittnat

om att de upplever det anmärkningsvärt att deras intyg aldrig ifrågasattes när de satt på sina överläkartyjänster inne på klinikerna men nu, efter övergången till det privata, blir ifrågasatta titt som tätt. Självklart finns det fog för ifrågasättanden i vissa fall, vilket vi måste tåla, men finns det möjligen förutfattade meningar?

Den privata läkarmottagningen har naturligtvis sina begränsningar. Vi kan, av ekonomiska skäl inte anställa paramedicinsk personal såsom psykologer eller kuratorer vilket begränsar oss. Vissa patientgrupper kan vi inte ta emot. Dit hör t ex de som har behov av ledsagarservice, boendestöd och social träning utanför mottagningens väggar. Dessa patienter skall förstås tas om hand av ett team med bredare kompetens. De flesta av oss är faktiskt inte heller särskilt bra på behandling av svårt missbruk. Även där kan teamets resurser och sammanhållande förmåga vara nödvändigt. Och vi kan inte heller - och får inte - sköta tvångsvård. I övrigt kan vi ta hand om människor inom samtliga diagnosgrupper. De vanligast förekommande diagnoserna på en privatmottagning torde vara depressioner, bipolär sjukdom, personlighetsstörningar och svåra kriser.

En allvarlig komplikation i vår verksamhet är att det inte finns något utrymme i Läkarvårdstaxan som tillåter mer tidskrävande sammanträden än gängse psykiatrisk patienttid, nämligen 45-50 minuter. Skall läkaren resa till kassan och tillbaka igen, ha ett möte med flera personer som kanske tar upp till två timmar, får hon ta det på fritid. Något utrymme finns inte för att debitera landstinget för detta. Min erfarenhet är emellertid att vi privatpsykiatrer gärna har kontakt med försäkringskassan för samråd i enskilda ärenden. Vi känner ju i allmänhet till våra patienter väl och

Vi privatpsykiatrer har gärna kontakt med försäkringskassan för samråd i enskilda ärenden

vill gärna bidra med synpunkter vad beträffar tidpunkt för, eller innehåll i, rehabilitering eller annan planering. I samband med något av arbetsgruppens möten med FK's representanter framkom att det är fullt möjligt att den privata psykiatern debiterar kassan i de fall där kassan tagit initiativ till samrådet. Något regelverk för detta finns inte men kan med största sannolikhet diskuteras från fall till fall.

Intyget

När det gäller Försäkringskassans krav på läkarintygets innehåll och relevans är det förstas detsamma vare sig det riktas mot den offentliganställda som den privata doktorn. Först och främst skall intyget innehålla en diagnos antingen enligt ICD10, vilket är det av Socialstyrelsen anbefallda diagnosregistret, (ett europeiskt system och används på många håll vid landets psykiatriska kliniker), eller DSM4, som är det gängse i forsknings-sammanhang och det vanligaste i t ex Stockholm. DSM4 är ett av Amerikanska Psykiatriska Föreningen utarbetat, kriteriebaserat diagnossystem. Det gör anspråk på att vara ett mer deskriptivt system som täcker in flera aspekter av patientens situation genom sina fyra "axlar". På axel 1 finner man grupper av symptom tydande på en viss sjukdom. På axel 2 listas symptomen vid olika typer av personlighetsstörningar. Axel 3 beskriver somatisk sjukdom eller skada och axel 4 psykosociala problem. I klinisk praxis torde den kortfattade manualen med axel 1 och 2 vara den mest använda. Dessutom finns i DSM4 en global funktionsskattningsskala - den s k GAF-

skattningen. Där kan man med hjälp av siffror beskriva hur grav patientens funktionsstörning kan vara.

Dessa kortfattade informationer, som knappast säger mycket om den enskilde patientens speciella svårigheter, räcker förstås inte. En mer omfattande beskrivning av patientens funktionsnedsättning måste förstås till. Här kommer modellen med stress-sårbarhet in i bilden. Det går faktiskt att beskriva sin patients specifika stressfaktorer och hur de påverkar hans/hennes unika sårbarhet på vanlig svenska. Och vad detta leder till i form av påverkan på arbetsförmågan. Påverkas den kognitiva förmågan dvs förmågan att tänka, planera, fokusera och koncentrera sig? Symtom som svår ångest, tvångstankar, tvångshandlingar eller hallucinationer kan störa den kognitiva förmågan. Påverkas den exekutiva förmågan dvs förmågan att fatta beslut, påbörja och avsluta arbetsuppgifter osv? Depressioner är ofta förenade med svårigheter i den exekutiva förmågan. Hur är det med den psykiska energin? Hur relaterar patienter till arbetskamrater och överordnade? Sociala fobier, irritabilitet, paranoidea symtom kan komma in här. Och när det börjar bli dags för rehabilitering, senast! Hur ser patientens resurser ut?

Till sist skall intyget mynna ut i en mera sammanfattande formulering av grad och varaktighet av problemen.

Som sagt skiljer sig inte intyg från privatlä-

Vi psykiatrer över lag måste bli bättre på att skriva intyg till försäkringskassan

kare från offentliganställdas på någon av punkterna ovan. Sättet att ge intyget innehåll skall vara detsamma. En skillnad är, som kanske framgått av det tidigare, att det i fallet med den privata doktorn är patientens egen läkare som skriver intyget, och att detta, i de allra flesta fall är en person som skapat sig kännetecken om patienten under en längre tid, och inte, som på många kliniker någon kontaktperson och icke-läkare som skrivit intyget för signatur av en läkare som kanske aldrig träffat patienten.

Till sist vill jag påstå att vi psykiatrer över lag måste bli bättre på att skriva intyg till försäkringskassan. Vi måste lära oss att föreställa oss vad intyget skall användas till och vilka som skall läsa det. I detta sammanhang kan jag berätta att jag numera alltid tar till vana att låta intyget gå via patienten, för vidare befordran till kassan, för att patienten på så sätt skall få möjlighet att se, godkänna och ha synpunkter på det skrivna. Detta är ett merarbete som lönar sig på sikt. Sedan tycker jag förstås att kassan i sin tur skall övervinna sitt eventuella motstånd mot oss, lyfta telefonluren lite oftare och fråga om det som verkar dunkelt. Den personliga kontakten är ju alltid det som ger mest!