

Prioriteringar beträffande psykiatri

Claes-Göran Westrin

Psykiatri har under decennier varit prioriterad i olika sjukvårdsplaner. Långvarig psykisk sjukdom är också högt prioriterad i prioriteringsutredningens rekommendationer. Hittills har dock strävandena av denna art stannat på det retoriska planet.

I följande artikel diskuteras dessa förhållanden i relation till möjligheterna att överhuvud taget genom styrning prioritera mellan psykiatri och annan sjukvård liksom inom det psykiatriska området.

Claes-Göran Westrin är professor emeritus vid socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.

I diskussionen om prioritering i vården har Oregon-modellen utgjort ett intellektuellt och moraliskt intressant experiment. Denna plan innebär som bekant en prioriteringslista av diagnoser - åtgärder, som gjorts upp på grundval av åtgärderna 'kostnad-nytta' enligt befolkningens värderingar. Den har mött sympatier då motsatsen till en medveten och planerad fördelning av resurserna är mer eller mindre godtyckliga prioriteringar genom 'dolda händer'. Detta kan främst gynna starka aktörer och starka intressen och därmed strida mot etiska och legala principer om att vården skall ges på lika villkor (1).

De orättvisor som bör bekämpas kan gälla socio-ekonomiska skillnader, geografisk tillgång till vården, olika behandling av män och kvinnor, sämre tillgång till vården för de äldre men också olika behandling av olika

sjukdomsgrupper. Att det också finns ett sjukdomarnas klassamhälle kan illustreras med *tabell 1*, som redovisar resultaten av en aktuell studie där framstående norska läkare fått skatta prestige för olika medicinska specialiteter (2). Neurokirurger och hjärtkirurger ligger i topp medan psykiater tillsammans med geriatriker finns på botten. Nästan identiska värderingar återkommer i samma läkares rangordning av sjukdomarnas klassamhälle: hjärtsjukdomar ligger i topp medan psykiska sjukdomar tillsammans med fibromyalgi och andra diffusa tillstånd ligger i botten.

Mot denna brakgrund kan det vara av intresse att diskutera erfarenheter och möjligheter av olika styrningsmöjligheter av resurser inom det psykiatriska vårdområdet respektive mellan psykiatri och andra vårdområden. Detta är ämnet för följande artikel.

De styrningsmodeller som närmast skall granskas gäller styrning med etiska riktlinjer respektive administrativ planering med marknadsmodeller och ekonomiska incitament respektive styrning genom professionella beslutsfattande, genom information och genom formella regler.

Etiska riktlinjer

Åtgärder mot psykisk sjukdom prioriteras mycket högt i såväl den norska prioriteringsutredningen av 1987 (3) som i den svenska prioriteringsutredningens principbetänkande, Vårdens svåra val (4). Detta motiveras i det norska dokumentet med att den största hälsopolitiska utmaningen är att bygga ut resurserna för de svagaste patientgrupperna.

Betydelsen av dessa rekommendationer är dock svårbedömd.

Administrativ planering

Vad gäller administrativ planering har svenska politiker och administratörer sedan decennier uttryckligen deklarerat att den psykiatriska vården skall prioriteras. Det saknas systematiska uppföljningar, men den allmänna bilden är likväl att prioriteringen av psykiatri stannat på det retoriska planet. Planeringen har alltså knappast varit framgångsrik.

Tabell 1. Relativ prestige för olika medicinska specialiteter. Skattningar av 98 norska läkare i ledande ställning. Högsta skattningsvärde 9, lägsta värde 1.

Neurokirurg	8,0
Kardiolog	7,5
Allmän inv. medicin	6,1
Ögonläkare	5,3
Neurolog	5,1
Allmänläkare	3,8
Psykiater	3,6
Geriatriker	2,9

Direkt absurd och skrämmande blir tanken på 'tvångsvård till salu'

Marknadsmodeller och ekonomisk styrning

I försöken att utveckla köp-säljssystem har psykiatri erbjudit bekymmer, främst däri att mått på produktivitet, inom den somatiska vården, bl a så kallade DRG-mått, inte kunnat tillämpas på psykiatriska patienter (5). Med dessa mått har man kunnat indikera den genomsnittliga resursåtgången för en viss typ av medicinsk åtgärd, t ex vad som gäller för en operation av gallsten med respektive utan komplikationer osv.

För psykiatrins del har schabloniserade värderingar av resursåtgången försvårats av mångtydigheten i psykiatriska diagnoser kombinerat med stora svårigheter att förutse prognosen vid olika psykiska sjukdomstillstånd. Utvecklingen mot ekonomiska styrmekanismer har också varit förenat med oro, att patienterna kan komma i käm. Idealmodellen att patienterna skall vara självständiga och motiverade "köpare av vård" kan ju inte tillämpas, när den psykiatriska sjukdomen i sig kan vara förenad med initiativlöshet och negativism; direkt absurd och skrämmande blir ju tanken på 'tvångsvård till salu'.

Den nu rådande tendensen tycks vara att utöva en ekonomisk styrning av psykiatri genom rambudgetar, eventuellt inom ett mjukt köp-säljssystem, t ex att beställarnämnder kontrakterar en viss mängd psykiatri i öppenvård respektive i sjukhusvård. Rambudgetar är nu ingenting nytt i sjukvården men fungerade tidigare ganska slapt. Överskridanden av budgeten gav inga bestraffningar och underskridanden inga belöningar. Rambudgetsystemet kan alltså förbättras. Ändå kvarstår problemet att rättvist och kostnadseffektivt utforma rambudgeten och dess tillämpning.

Professionellt beslutsfattande

Det professionella beslutsfattandet i psykiatri har i många avseenden skett på andra villkor än inom övriga medicinska områden. Det har gällt såväl läkarnas beslutsutrymme som själva beslutsprocessen.

Vad gäller *beslutsutrymmet* bestämmer t ex ytterst de rättsliga myndigheterna och inte läkarna om intagning respektive utskrivning av till vård dömda patienter. Läkarnas faktiska beslutsarena har också beskrivits genom andra personalkategoriernas starka ställning. Så har

på de traditionella mentalsjukhusen de fåtaliga läkarna ofta inte haft möjligheter eller orkat att kontrollera vården av den enskilde patienten; den har ofta utformats på personalens och inte patienternas eller professionens villkor. I ett avseende har visserligen psykiatriens relativa ställning förstärkts, däri att deras chefsöverläkarfunktion behålls med hänvisning till deras lagstadgade roll i psykiatrisk tvångsvård. Dock är det för tidigt att värdera betydelsen av varaktigheten av detta undantag.

Vad gäller *beslutsprocessen* har mycken kritik kommit särskilt den moderna psykoterapiinriktade psykiatri till del, då det funnits tecken på att de olika teammedlemmarna, främst psykiater, psykologer och kuratorer, mer valt patienterna utifrån sina intellektuella och sociala behov än utifrån patienternas vårdbehov. I USA har man talat om att psykiatern främst sökt sig till så kallade YAWI's-patienter, dvs patienter som varit Young, Attractive, Wealthy and Intelligent. Också i Sverige tycktes utbyggnaden av den öppna psykiatri i början främst komma "the worried well" till del och inte de svårt och långvarigt psykiskt sjuka. Senare har en förändring inträtt, sammanhängande med det tryck som de från sjukhusvård utskrivna patienterna utövat på öppenvårds-mottagningarna. Fortfarande gäller dock att den psykiatriska vården till anmärkningsvärt liten del kommer de äldsta patienterna till del, trots vad epidemiologisk forskning visat om förekomsten av obehandlade depressioner mm i dessa åldersgrupper.

Sammanfattningsvis kan sägas att det professionella beslutsfattandet inom psykiatri varit mer begränsat och ändå utsatt för betydligt större kritik än vad som gällt för den somatiska vården.

Styrning genom information

Att den professionella medicinska styrningen fått ett mindre genomslag inom psykiatri sammanhänger inte minst med utvecklade möjligheter till styrning genom utvärdering och information. Den psykiatriska sektorn har varit styvmoderligt behandlad redan i den forskning som utvecklat de nödvändiga teorierna och metoderna. Pionjären och gurun i den utveckling som nu går under beteckningen kvalitetssäkring av vården,

Det professionella beslutsfattandet inom psykiatri har varit mer begränsat och ändå utsatt för större kritik än vad som gällt för den somatiska vården

Avedis Donabedian, nämner inte med ett ord psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar i sina trendgivande artiklar om "the Epidemiology of Quality". I Rutstein-Hollands utvärderingssystem, där effektiviteten i hälso- och sjukvården mätes med tillfällen av "avoidable death", identifieras död på grund av astma men inte självmord som "undviklig död" (7), trots att åtskilliga studier indikerat att många självmord skulle kunnat undvikas.

Samma kringgående eller marginalisering av psykiatrin kännetecknar den livaktiga internationella diskussionen om hälsoekonomiska mått och prioritering genom att mäta kostnadseffektivitet och folkhälsobetydelse av olika vårdinsatser (5).

Formella regler

Också i det relativt sparsamt förekommande systemet för styrning med formella regler har psykiatrin i vissa avseenden exkommunicerats. De privata försäkringsbolagen, av betydelse särskilt i USA, har satt ett tak på antalet sjukhusdagar eller öppenvårdsvisiter i psykiatrisk vård, utan hänsyn till om en effektiv behandling varit möjlig med sådana restriktioner. Liknande begränsningar har kännetecknat Clinton-planen och andra förslag till nationell hälso- och sjukvårdsförsäkring i USA (8).

En öppning till psykiatrins fördel har signalerats i Oregon-planen, under vars tidigare stadier man uteslöt den psykiatriska vården just med argumentet att den inte varit möjlig att utvärdera (9). Så småningom tillsattes en arbetsgrupp som tittade närmare på kostnadseffektiviteten av viss psykiatrisk behandling jämfört med kroppssjukvården. Resultatet blev att psykiatrisk behandling inkluderades, och i några fall hamnade i de högsta kategorierna av diagnos/åtgärdspar. En sådan hög nivå vad gällt etisk relevans och effektivitet har t ex identifierats beträffande behandling av depression och andra affektiva tillstånd samt vid schizofreni.

I Sverige finns en viss tradition av positiv särbehandling av psykiatrin. Mediciner som anses nödvändiga vid psykisk långtidssjukdom har länge varit kostnadsfria på samma sätt som motsvarande medel vid kroppssjukdom. På senaste året har också insatser för psykiskt sjuka inkluderats i rättighetslagstiftningen enligt LSS (10).

I Sverige finns en viss tradition av positiv särbehandling av psykiatrin

Erfarenheter av detta saknas men styrningsmodellen avvisades av flertalet remissinstanser till prioriteringsutredningen. Rättighetslagstiftningen står i konflikt med principen om flexibel decentraliserat beslutsfattande och innebär en centraldirigering med risker för prioriteringar som inte överensstämmer med de lokala behoven. Erfarenheter visar också att rättigheterna gärna manipuleras av lokala beslutsfattare och att lagstiftningen på så sätt blir relativt tandlös.

Psykiatrin i stryckklass

Sammanfattningsvis kan vi alltså konstatera att snart sagt samtliga styråtgärder varit misslyckade när det gällt försöken att säkerställa psykiatrins vårdbehov och kostnadseffektivitet. Strävan till administrativ prioritering har inte förverkligats. Marknadsekonomiska modeller tenderar att missgynna de psykiatriska patienterna. Styrning genom information har försvårats av brist på resursmätt och kvalitetsmätt och utrymmet för ett kvalificerat professionellt beslutsfattande har varit mer begränsat och nyckfullare än inom övriga delar av medicinen. Vad gäller styrning med formella regler är den senaste versionen av Oregon-planen ett intressant exempel liksom rättighetslagstiftningen, som samtidigt innebär risker för nya orättvisor om den inte blir tandlös.

Framtidsutsikter

Det har varit påfallande svårt att genom planerad och medveten styrning få till stånd rättvisa och effektiva prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Några framsteg torde heller inte vara möjliga utan en långt mer systematisk integrering av administrativa, ekonomiska, juridiska och professionella styråtgärder.

Vad som kan väcka viss optimism är den nuvarande starka inriktningen på resultatstyrning och kvalitetsvärdering av vården, vad som betecknas som "medicinens tredje revolution". Det kan ge nya möjligheter till ett gemensamt referenssystem och en gemensam kunskap hos politiska-administrativa beslutsfattare och beslutsfattarna ute på fältet, främst läkarna.

Oroväckande är samtidigt tendenser till ökat miss-tänkliggörande. Å ena sidan kritiserar politiker, ofta med fog, läkare för att i massmedia kritisera politiska beslut, huvudsakligen för att försvara sina egna revir. Å andra sidan kritiserar läkare, inte heller utan fog, politiker för att använda klinikchefer som syndabockar för impopulära politiska beslut.

De skisserade motsättningarna uttrycker revirbevakningar och allmän misstro hos olika aktörer men också

legitima skillnader i sociala och etiska uppdrag. Det är motsättningar som borde kunna hanteras i riktning mot en samstämmighet när det gäller hur resurser skall fördelas på olika nivåer. Mer komplicerad är relationen mellan denna resursfördelningsnivå och beslutsnivån i det individuella fallet. Formella beslut huruvida viss medicinsk teknologi skulle vara tillgänglig på det ena eller på det andra sjukhuset bör mestadels kunna realiseras. Men om de tillgängliga resurserna i sig medger behandling av sjukdomstillstånd blir situationen svårare att kontrollera. Diagnoser är sällan entydiga och beslut att resurser endast skall få användas för vissa diagnoser och åtgärder kan lätt omtolkas. Möjligheten att så blir fallet ligger nära till hands när läkare skall förena samhällets krav på att hushålla med tillgängliga resurser med sitt hävdbundna uppdrag motsvara patientens oreserverade förtroende.

Samtidigt kvarstår kärnproblemet i prioriteringsdebatten, väl sammanfattat i en aktuell artikel från Hastings-centret:

"History provides strong evidence that priorities are, by and large, difficult to set deliberately. Yet, regardless of such objections, it is likely that priorities will continue, formally or informally. The alternative to planned priority-setting is to do nothing and that has not worked very well" (8).

REFERENSER

1. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; ändring senast 1988:1544), se Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer av Jan Sahlin, Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer, Stockholm 1990.
2. *Album D*: Syddomms og medisinske spesialiteters prestisje. Nord Med 1991, 106:232-6.
3. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Norges offentlige utredninger (NOU, 1987:23, Oslo 1987).
4. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården SOU 1993:93.
5. *Westrin C-G*: Psykiatri - ett hälsoekonomiskt problem? Läkartidningen, 1986, 83:403-9.
6. *Donabedian A*: The Epidemiology of Quality. Inquiry 1985, 22:282-292.
7. *Holland WW (ed)*: European Community Atlas of 'Avoidable Death', Oxford University Press, 1988.
8. Minds and Hearts. Priorities in Mental Health Services. A Report of The Hastings Center Project on Priorities in Mental Health Services. Special suppl. Hastings Center Report 23, nr 5, New York 1993.
9. *Östbye T, Speechley M*: The Oregon Formula: A better method of allocating health care resources. Nord Med 1992, 107:92-5.
10. Lag (1993:387) som stöd och service i vissa funktionshindrade (utfärdade 27 maj 1993).



Cancerfonden

Förbättra vårdkvaliteten inom cancer- vården!

Cancerfonden inbjuder härmed intresserade att söka ekonomiskt bidrag till projekt som förbättrar vårdkvaliteten inom cancervården.

Syftet med projektet ska vara att praktiskt pröva nya modeller och behandlingsmetoder för att förbättra bemötandet och omhändertagandet av cancerpatienter, finna former för att bättre tillgodose cancerpatienternas psykosociala behov etc. Projekten kan genomföras inom öppen eller sluten vård, hemsjukvård eller annan inrättning där cancerpatienter vårdas.

För att projektet ska kunna beviljas måste huvudmannen förbinda sig att överta ansvaret för den fortsatta verksamheten om projektet utfaller positivt. Cancerfondens vårdkvalitetsprojekt får löpa under högst tre år och rapportering ska lämnas årligen.

Ytterligare upplysning om villkoren för vårdkvalitetsprojekt, samt ansökningsformulär lämnas av Sylvia Sauter, Cancerfondens kansli, tel 08-677 10 00.

Ansökan med projektbeskrivning, budget samt utvärderingsplan ska vara Cancerfonden tillhanda senast den 14 september 1997 under adress:

**Cancerfonden - Vårdkvalitet
101 55 Stockholm.**