

Bästa landstingsråd,

Jag skriver till er i egenskap av bekymrad väljare samt specialist i psykiatri med utbildningsansvar för ca 70 läkare under utbildning vid Norra Stockholms Psykiatri. Jag har varit anställd vid kliniken i fjorton år. Jag skriver inte som representant för min klinik. Brevet är mitt eget initiativ och åsikterna mina egna. Merparten av tankarna delas förmodligen av de flesta kollegor men det finns sannolikt inte en enda som skulle hålla med mig om allt jag skriver.

Anledningen till att jag skriver är att jag som väljare är besviken över vad jag uppfattar som oärlig information till befolkningen om psykiatrins villkor och resurser, och som psykiater är jag oroad över utvecklingen vid såväl vår klinik som inom hela SLSO. Kanske lyckas jag även, utifrån mina snart arton år inom Stockholms psykiatri, förmedla några tankar om psykiatrin av mer allmän karaktär som kan vara värda att ta del av. Det är helt enkelt en skildring av psykiatrin "inifrån", som den upplevs av en verksam psykiater. Jag är medveten om att skrivelsen är lång men hoppas på er förståelse för det då jag tror att det fordras en viss utförlighet för att det ska vara användbart.

Jag är inte en person som lättvindligt deltar i den offentliga diskussionen. Det är mödosamt att skriva, och i allmänhet tycker jag att jag vet för litet om sakförhållandena - även inom mitt eget gebit - för att skriva utan att riskera att göra ont värre med missuppfattningar och felaktigheter. TV's och dagstidningarnas "debatter" förskräcker. Ytligt, förenklat, ofta dold underliggande politisk agenda, missvisande och förvirrande. Komplexa ämnen utan enkla svar synes inte vara tillräckligt "medievänliga".

Jag skriver istället till er i första hand, men med kopia till Läkartidningen som jag uppfattar som en seriös tidskrift. Kanske kan en dialog med er ge mig möjlighet att upptäcka och korrigera en del egna missuppfattningar, som jag då naturligtvis inte vill sprida. Många hävdar att vi läkare är alldeles för tysta i debatten, andra att man hamnar "i kylan" om man uttrycker sig offentligt men även internt inom organisationen. Jag hoppas att det är tillåtet och kanske, i bästa fall, uppfattas som ett tecken på engagemang.

Jag vill noga påpeka att avsikten med detta brev inte är att angripa SLSO's biträdande sjukvårdsdirektör och psykiatrichef Per-Olof Sjöblom (POS) även om det kanske skulle kunna uppfattas så då han onekligen är en viktig del av länets psykiatri. Om jag inte helt missförstått systemet har han som tjänsteman i uppdrag att på bästa sätt hjälpa er politiker med att praktiskt förverkliga de politiska intentionerna och ambitionerna. Som jag vidare har uppfattat det så tilldelas psykiatrin av beställarna en viss summa pengar som POS utifrån era intentioner har att fördela till länets psykiatriska kliniker utifrån deras behov. I min och de flesta kollegornas föreställningsvärld föreligger stora ouppfyllda behov (specialister i psykiatri, psykoterapieresurser, slutenvårdsplatser, neuropsykiatriska utredningsresurser osv) och jag kan inte föreställa mig annat än att länets psykiatriansvarige delar den bedömningen och efter bästa förmåga för er påtalar psykiatrins situation, villkor och behov. Det måste vara ni politiker som har och tar det fulla ansvaret för vad som

händer med psykiatrin, inklusive resurstilldelning, resursfördelning och de instruktioner som tjänstemännen har att rätta sig efter. Jag skriver därför till er och inte till POS.

Jag anser alltså att psykiatrin i länet skulle behöva större resurstilldelning än den får. Detsamma anser jag gälla Norra Stockholms Psykiatri (NSP) där jag själv arbetar. Jag vill i det följande försöka förklara varför. Jag inser att årets budget redan är fastställd så dessa rader får ses som ett diskussionsunderlag inför nästa års budgetprocess.

Så länge jag minns har politiker av och till citerats i media med budskapet att psykiatrin tillförs ytterligare resurser och att man som patient kan vänta sig mer, bättre och snabbare psykiatrisk hjälp inklusive, vid behov, psykoterapi. Över längre tid är detta säkert riktig, men det är inte alltid som det stämmer med ett visst års budgettilldelning och somliga år har jag upplevt det som desinformation till väljarna. Till detta kommer att en stor del av utlovade förstärkningar synes gå till välmenande, politiskt opportuna men tidsbegränsade projekt av osäkert värde för psykiatris underdimensionerade basverksamheter. I media uppgavs för någon tid sedan Birgitta Rydberg säga att anslagen till psykiatrin ökar med 170 miljoner i år. Det är en för normalläsaren rätt ointressant uppgift. Först när man också får veta hur mycket som krävs för att kompensera för inflationen blir det möjligt att avgöra om psykiatrin egentligen får det bättre, sämre eller likadant som föregående år. I år ökar länets psykiatrislag med 3,5 % om jag förstått det rätt. Det förefaller högst osäkert om detta ens täcker årets ofrånkomliga kostnadsökningar. Anslagsökningen fördelas ojämnt över klinikerna, från 2 % till 8 %. Jag känner inte till beräkningsgrunden men antar att denna fördelning är uttryck för någon form av demografisk ohälsobedömning i relation till föregående års anslagstilldelning. Jag har i avsaknad av kännedom om bakgrunden till detta ingen egen uppfattning om huruvida detta är en rimlig omfördelning eller inte men utgår från att de politiska besluten i en så stor fråga är sakligt grundade. Dessutom vill jag absolut inte ifrågasätta övriga psykiatriska klinikers anslagsökningar som säkert är välbehövliga. NSP får en ökning av anslagen med 2.6 % vilket med hänsyn till inflationen innebär en minskning av våra resurser 2008. Jag ser flera problem med detta.

God psykiatri handlar om mycket mer än pengar. Det krävs kompetent personal, där tillräckligt med specialister i psykiatri är den helt oundgängliga förutsättningen. För NSP's del gick vi med ekonomiskt "överskott" för bara några år sedan, beroende på bl a svårigheter att rekrytera budgeterade specialister och även ST-läkare. Vi har de senaste åren satsat hårt på att rekrytera fler ST-läkare som ju på 5-6 års tid blir specialister. Detta kostar naturligtvis pengar men ger patienterna ökad läkartillgänglighet redan första året och ökad specialisttätthet på sikt. Vi ser att denna satsning varit lyckosam. De som blivit specialister de senaste åren har med få undantag valt att arbeta kvar vid kliniken. Vi betalar inte högre löner än länets övriga kliniker utan detta glädjande faktum sammanhänger med att vi lyckats skapa en bra verksamhet och ett gott arbetsklimat. Som exempel på vad detta kan innebära för patienterna kan jag nämna det psykosocialt hårt belastade området Spånga-Kista. Denna del av Stockholm har så länge jag överblickar varit notoriskt svår att bemanna med erforderligt antal specialister. Områdets sammanlagt fyra mottagningar, nyligen samlokaliserade till tre, har under flera år fått kontinuerlig förstärkning med i genomsnitt 6-8 underläkare (ST-läkare och handplockade vikarierande underläkare) vilket har inneburit avsevärt mycket mer läkarvård för områdets patienter och väsentligt underlättat övrig personals möjligheter att arbeta effektivt. Några av klinikens ST-läkare har det senaste halvåret, i samband med att de uppnått specialistkompetens, tagit tjänst vid mottagningarna och situationen för områdets patienter

synes ljusare än på länge. Som jag ser det ett av många exempel på en framsynt och långsiktig satsning av klinikens synnerligen visionära verksamhetschef Anna Åberg-Wistedt som nu bär frukt. Nu ska området enligt politiskt beslut tas över av privat entreprenör. Jag har inget emot privata alternativ, förutsatt att man åstadkommer helt likvärdiga villkor. Tvärtom ser jag det som värdefullt för såväl patienter som personal med alternativa vårdgivare respektive arbetsgivare. Den övertagande entreprenören tar emellertid över ett för området ovanligt väl dukat bord och man bör ha klart för sig vem som med hårt arbete och genom att allokera betydande underläkarsresurser stod för dukningen. Parentetiskt kan jag säga att om den som tar över bemannar med nuvarande antal specialister men utan de sex underläkare som fortfarande förstärker mottagningarna så har jag svårt att se hur det vore möjligt att ge patienterna lika mycket vård som idag. Ett gott samtal tar lika lång tid vare sig det sker i privat- eller landstingsregi. De läkare inom vår organisation som jag känner (de allra flesta) gör inte mycket annat än träffar patienter, hjälper teamets övriga medarbetare, skriver otaliga läkarutlåtanden till försäkringskassan samt diskuterar med kommunen för att försöka utverka att patienterna får sina lagstadgade rättigheter gällande boende, stöd och sysselsättning något så när tillgodosedda; alltihop sådant som även en privatanställd psykiater måste ägna sin tid till.

Då och då dyker det upp någon uppgift i pressen eller inom SLSO om den förment låga produktiviteten inom öppenvården med två besök per behandlare och dag etc. Jag har själv aldrig sett något i den vägen. I den mån man anser sig ha anledning misstänka att det föreligger ett sådant problem är det lätt att undersöka saken. Samtliga personer med ledningsuppdrag kan då ombedas studera samtliga medarbetares tidsanvändning under ett par veckors tid varvid eventuella problem lätt torde kunna konstateras och rättas till. Personligen tycker jag att psykiatrins sanna hjältar är de som arbetar vid våra öppenvårdsmottagningar och dag efter dag utför detta tunga och monotona arbete. De allra flesta önskar inget hellre än att använda mer av sin arbetstid till direkta patientkontakter, det är ju detta som är yrkets krydda och anledningen till att man valt arbetet ifråga. För ett antal år sedan träffade man patienten, ställde en diagnos, förskrev läkemedel och bokade ett återbesök och så var man klar. Men det indirekta patientarbetet ökar för varje år. Idag ska man även hinna med att samråda med och informera patienten om diagnos och behandlingsalternativ samt journalföra vilken information man gett (inte bara *att* man informerat), diskutera medicineringen i förhållande till eventuell graviditet, amning och bilkörning, träffa anhöriga, göra och journalföra en vårdplan tillsammans med patienten, i förekommande fall diskutera och vårdplanera tillsammans med primärvård, beroendevård och socialtjänst, registrera diagnos, administrera och journalföra skattning enligt vissa instrument, registrera "aktiviteten" (besöket) i PVS, och mycket annat. Läkarutlåtandena till försäkringskassan blir allt omständigare, kraven på journalföring och ständig registrering av diagnoser, funktionsnivå, skattningsresultat allt mer detaljerade, kraven på samverkan med anhöriga och vårdgrannar allt mer omfattande. Alltsammans lovvärt och bra på många sätt, men det tar tid som man inte vet var man ska ta annat än från själva samtalet med patienten. Det är således ingen lätt sak att mäta "produktivitet" över tid då produkten är stadd i ständig förändring. Till detta kan läggas att vi nu ofta får höra från olika företrädare (även inom professionen) att vi borde börja registrera även "vanliga" allmänpsykiatriska patienter i - tidskrävande - register för kvalitetsuppföljning, med underton att vi är litet "efter" inom psykiatrin. Det kan inte uteslutas att sådana register skulle kunna bidra med värdefull kunskap så småningom, men man skulle gärna vilja se att detta är vetenskapligt visat innan man sätter igång med ett så tidskrävande projekt i stor skala. Det är ingen som förefaller diskutera var tiden för alla

dessa ökade insatser ska tas. Om man inte tror att personalen sitter och rullar tummarna kan man inte lägga till något utan att ta bort något annat . Vad ska i så fall tas bort, och går ekvationen på plus för patienterna? Man borde alltså vara skyldig att göra en konsekvensbeskrivning av "cost-benefit"- karaktär före varje ny administrativ pålagor.

Jag ifrågasätter inte att tillskott enligt ovan kan vara betydelsefulla, men min övertygelse är att god psykiatri huvudsakligen är ett resultat av tillräckliga resurser, fördelade till effektivt arbetande medarbetare med goda kunskaper, stort hjärta, gott omdöme, sunt förnuft och tillräckligt med tid för patienten (vilket kan läsas som inte ansvar för fler patienter än man har reell möjlighet att ta hand om på ett adekvat sätt). Ju mer vårdssituationen liknar detta ideal desto bättre vård helt av sig själv, utan behov av extern kontroll i olika former. Omvänt kan man inte à priori utesluta att ett från beställarhåll upplevt behov av noggrannare kontroll av verksamhetens insatser kan tänkas sammanhånga med för uppdraget otillräckliga resurser lika väl som med dysfunktionell personal. Tendensen i sjukvården synes vara att man försöker hantera glapp mellan behov och resurser med ökad kontroll, registreringskrav, vårdgarantier och andra besvärjelser där det vore mer adekvat att öka resurserna och hjälpa vården minimera alla icke oundgängligen nödvändiga administrativa pålagor.

På tal om besvärjelser talas det idag allt oftare om att vården ska ha en "nollvision" för självmord. Idag tar runt 1500 medborgare sitt liv varje år, långt fler än de som dör i trafiken. Naturligtvis ska psykiatri och samhället göra sitt yttersta för att minska självmorden i befolkningen. Varje förhindrat självmord innebär en tragedi mindre. Även om avsikten mest är att signalera frågans oerhörda betydelse finns det fördelar med visioner som medger konkreta mål möjliga att nå. Låt mig illustrera med ett exempel. Vid länets psykiatriska akutmottagning söker uppskattningsvis 12 000 patienter om året akut hjälp. En stor del av dessa, kanske majoriteten, har av och till tankar på självmord som en möjlig utväg ur sitt lidande. Många av dessa patienter bedöms vid det aktuella besöket ha en låg risk för självmord och får då ofta gå hem, vanligen med remiss till öppenvård. Låg risk för självmord är emellertid inte liktydigt med ingen risk. Av rent statistiska/matematiska skäl kommer därför förr eller senare någon av dessa patienter att begå självmord trots vederbörandes låga självmordsrisk. Ett mer angeläget tillskott i kampen mot självmorden än en "nollvision" vore fler slutenvårdsplatser, sedan länge en bristvara för patienter med viss men ej jättehög risk för självmord. Om man verkligen menar allvar med ambitionen att Sverige som första land i världen ska åstadkomma ett upphörande av självmorden så vill det nog till en avsevärd resursökning. Samt en utökning av de juridiska möjligheterna till tvångsvård som idag - på goda grunder - är strikt reglerade och vid t ex depression bara medger vård mot patientens vilja vid hög risk för självmord. Med andra ord föreligger det en ofrånkomlig konflikt mellan respekten för patientens vilja, integritet och autonomi och viljan att till vilket pris som helst förhindra självmord, som ingen "nollvision" i världen helt kan lösa.

De som arbetar vid de allmänpsykiatriska mottagningarna har härutöver ytterligare en påfrestning att hantera, nämligen det de *inte* gör. En betydande del av arbetet består i att förklara för patienter som man bedömt att de enligt gällande överenskommelser och prioriteringsgrunder och p g a bristande resurser på mottagningen inte kan beredas vård inom psykiatri utan får vända sig alternativt remitteras till primärvården. Påfrestning p g a patienternas besvikelse men också för att man tvingas delta i detta, enligt min uppfattning, psykiatrins största hyckleri, som handlar om att man från officiellt håll låter påskina att varje behövande patient kommer att få den vård hon/han

behöver, antingen i psykiatrin eller i primärvården. Det har så länge jag minns pågått ett tröttande och genant spel mellan primärvård och psykiatri där den stora gruppen patienter med "lätt" (förfärligt begrepp i sammanhanget) till måttlig psykisk ohälsa bollats mellan instanserna på grund av att ingen av dem tilldelats tillräckliga resurser för att ge alla dessa patienter behövlig vård. Patienterna förundras och lider, vårdpersonalen skäms och lider, politikerna tiger eller kallar det samarbetssvårigheter inom vården. Arbetet som öppenvårdspsykiatriker skulle vara betydligt roligare och med mindre risk för utmattning och utbrändhet om alla patienter kunde erbjudas vad de behöver och utifrån politikernas utfästelser förväntar sig att få. Detta har de aldrig fått och kommer sannolikt heller aldrig att få, av den enkla anledningen att det rör sig om stora folksjukdomar som drabbar kanske 30-40 % av den vuxna befolkningen. Den "lättare" psykiska ohälsan anses ha trefaldigats i den yngre befolkningen de senaste trettio åren vilket inte bådär gott inför framtiden; de yngre blir äldre och utgör efterhand en allt större del av befolkningen. I länet beräknas enligt PART-studien ca 10 % motsvarande 100 000 vuxna vara i behov av professionell hjälp på grund av "kliniskt signifikant ohälsa" varav högst en femtedel bedöms få den vård de skulle behöva. Med andra ord: högst 20 % motsvarande 20 000 av länets vuxna med psykisk ohälsa får den psykiatriska vård de behöver medan 80 % motsvarande 80 000 vuxna ännu inte får det. Samtidigt som länets sjukvård arbetar för högttryck med den jämförelsevis lyckligt lottade femtedelen ökar den drabbade andelen stadigt och politikerna något reducerar anslagen till psykiatrisk vård i delar av länet. Se där en modern dystopi i full blom! Varför inte istället höja anslagen och leta rätt på de åttio procenten? Det hävdas ibland från politiskt håll och i våra vårdbeställningar att en av psykiatrins uppgifter är prevention av primär psykisk ohälsa. Jag undrar på vilket sätt och med vilka resurser detta tänks ske när vi redan arbetar på gränsen av vår förmåga med att ta hand om de redan drabbade. Denna ökning av ohälsan synes mig för övrigt i grunden vara ett alarmerande samhällsproblem i behov av flera politiska åtgärder.

De allra flesta drabbade skulle ha god nytta av för tillståndens evidensbaserad psykoterapi. Man kan lätt räkna ut ungefär hur många psykoterapeuter som skulle behöva anställas och antalet torde te sig realistiskt. Från politiskt håll kan man göra åtminstone tre saker för att i någon mån hantera problemet:

- Skjuta till de resurser man ändå förmår till psykiatrin.
- Göra allvar av löftena om primärvården som första linjens psykiatri. Varje primärvårdsmottagning behöver god tillgång till kurators- och psykologinsatser, helst på plats. Situationen skulle då ljusna avsevärt för såväl patienterna som psykiatrin, för att inte tala om hur roligt det skulle vara för dem som tjänstgör i primärvården. Som det nu är så remitterar vi inte sällan patienter med "lättare" psykisk ohälsa till primärvården, helt enligt vårdprogram och överenskommelser med primärvården, för att de där ska få välbehövlig hjälp som vi anar att de inte kommer att kunna få. Psykologer finns ofta inte, kuratorerna har "intagningsstopp" och läkarna har ofta bristande tid, intresse och kunskaper, även om dessa saker långsamt håller på att förändras till det bättre. Vad detta gör med den inremitterandes självaktning är inte svårt att föreställa sig.
- Tala klarspråk till befolkningen och inte på något vis i media eller andra instanser låta påskina att patienterna får eller kommer att få vård som de de facto inte kommer att kunna

få. Såg som det är, tills förhållandena förbättrats: de svårast sjuka får hjälp, resten får betala eventuell psykoterapi själv. En sådan ärlighet skulle inge stor respekt hos psykiatrins medarbetare och avsevärt underlätta vårt arbete. Man bör betänka att varje uttalande om vad psykiatrin borde göra, men som den i realiteten inte förmår, inte alls verkar "peppande" utan tvärtom har en kraftigt negativ inverkan på vårdgivarnas arbetstillfredsställelse och arbetsmoral.

Psykoterapi är en fråga som under alla år har genererat betydande meningsskiljaktigheter inom psykiaterkåren. Man behöver inte träffa särskilt många patienter på t ex en akutmottagning, eller bland sina privata bekanta för den delen, för att möta personer som upprört berättar om hur de under många år ansett sig på ett förödmjukande sätt blivit undanhållna önskad psykoterapi. Detta är tyvärr en stor del av vårt så kallade ansikte utåt. Säkerligen finns det bland alla dessa missnöjda en del som verkligen inte förmår dra nytta av psykoterapi, men min gissning är att en del av dem egentligen prioriterats bort av resursbrist som klätts i andra termer. Dessa patienter skulle i så fall ha känt sig långt mindre kränkta av ett ärligt besked: "Sorry, vi skulle gärna ge dig psykoterapi, och det skulle förmodligen vara värdefullt för dig, men vi har inte resurser för det". Då är det vi som har problem och inte patienten som är ett, vilket är mycket bättre för vederbörandes självkänsla. Min högst personliga uppfattning är att det trots kvalificerade bedömningsinstrument förefaller svårt att tillförlitligt avgöra vem som kommer att tillgodogöra sig psykoterapi och att det därför vore önskvärt att vi hade möjlighet till en kortare psykoterapeutisk kontakt på vida indikationer. I de fall där denna visar sig ha effekt kunde den med fördel förlängas. Heder till den psykoterapeut som tillfrågad om samtalshjälp av kognitiv karaktär till en knepig patient svarade "Man kan alltid göra något"! Men, som sagt, i denna fråga går meningarna starkt isär. Man ska dock inte glömma att alla de som inte bedöms kunna få regelrätt "psykoterapi" i landstingets regi p g a att de är för sjuka, för friska, för omotiverade eller på andra sätt icke lämpade likväl lider och behöver någon form av hjälp.

Som jag nämnde ovan är det angeläget att privata och offentliga vårdgivare har likvärdiga villkor. Dit hör frågan om utbildning av ST-läkare, dvs blivande specialister. Detta är en helt nödvändig del av landstingens uppgift, förenad med stora kostnader för omfattande utbildning i psykoterapi, sidoutbildning vid andra kliniker som psykiatrin tvingas bekosta och en hel del annat. Om man har en situation där privata vårdgivare slipper ta sin del av utbildningskostnaderna för de blivande specialisterna utan istället kan plocka de bästa till sina verksamheter när de väl blivit färdiga så är villkoren inte särskilt likvärdiga. En annan fråga som berör villkoren gäller inflytandet över hur många patienter man behandlar och har ansvar för. Under mina år som överläkare vid Serafens allmänpsykiatriska mottagning fick jag intrycket att de privata specialisterna kunde välja att säga nej till nya sökanden när de inte tyckte sig ha möjlighet att på ett bra sätt ta hand om dem, något som vi på Serafen inte kunde göra. För oss var det bara att fördela alla sökande mellan oss. Det är naturligtvis en milsvid skillnad i psykisk belastning - även om man arbetar precis lika mycket och har precis lika många besök - mellan att å ena sidan ansvara bara för så många patienter som man själv tycker sig hinna med och därmed kunna träffa dem så ofta som de behöver och att å andra sidan vara tvungen att ansvara för många fler patienter än man på ett säkert sätt kan ta hand om då man inte kan ge återbesök tillräckligt ofta. Har den ena parten därtill möjlighet att välja vilka patienter den ska ta emot medan den andre inte har det så blir villkoren än mer ojämlika. Förhoppningsvis är detta problem som man i nuvarande vårdbeställningar beaktar, men så har det inte alltid varit.

För övrigt har jag inte sett några tecken till att man i politiker- och beställarleden är särskilt insatta i eller ens medvetna om de intrikata förhållandena kring AT-läkares och ST-läkares utbildning, tjänstgöring och finansiering. Detta är stora och svåra frågor även för de initierade, nödvändiga att lösa i samband med ändrade driftsformer/privatiseringar. Ur ett läns- men även nationellt perspektiv är det av yttersta vikt att tillräckligt många intresserade yngre läkare ges tillfälle att vidareutbilda sig till psykiatriker. NSP har resurser att utbilda fler än vi gör om tillräckliga medel kunde uppbringas, till fromma för länets specialistkompetens i samband med de kommande årens pensionsavgångar. Som det nu är avvisar vi en del intresserade som i vissa fall vänder sig till andra psykiatriska kliniker i Stockholm och andra gånger istället sätter sin håg till andra specialiteter.

Åter till problemen med de i praktiken reducerade anslagen till NSP. Pengar är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att bygga upp en god psykiatri. Även om man har tillräckligt med pengar är det inte säkert att man lyckas rekrytera nödvändig kompetens och bygga upp fungerande mottagningar. SLSO har all anledning att vara stolt över den psykiatri man har byggt upp i länet, även om den ännu inte är lika utbyggd överallt. Stora delar av Sverige står ju så gott som utan specialister i psykiatri och därmed utan fungerande psykiatri för befolkningen. NSP är säkerligen en av landets bästa psykiatriska kliniker. Problemfritt är det naturligtvis inte, men med mycket möda och nödvändiga resurser har vi ändå lyckats bygga upp en välfungerande klinik. Det synes mig därför obetänksamt att flytta resurser från oss till andra kliniker, även om man ur någon form av demografiskt rättviseperspektiv anser det önskvärt. Det kan ibland gå fort att rasera vad som tagit lång tid att bygga upp, även om det naturligtvis inte alls är avsikten. När belastningen redan är hård och personalen arbetar på gränsen av sin förmåga kan även en mindre personalreduktion resultera i att några nyckelpersoner inte orkar längre. När dessa slutar eller blir sjukskrivna ökar belastningen ytterligare på dem som är kvar, som då inte heller orkar längre och så är den nedåtgående spiralen igång. Kort sagt så finns här en välfungerande och kostnadseffektiv verksamhet med nöjda patienter och medarbetare så varför äventyra den med omfördelning av medel till andra kliniker? Psykiatrins behov är sedan länge så eftersatta att behövande kliniker borde få erforderliga medel utan att dessa tas från mödosamt uppbyggda och väl fungerande kliniker. Det gynnar inte länets invånare. Än mer orimlig ter sig omfördelningen utifrån att SLSO nu avsevärt utökar valfriheten för länets patienter. En utmärkt reform på många sätt, *förutsatt* att pengarna följer patienten. Så synes emellertid inte vara fallet. NSP är en populär klinik och vi förväntar oss en betydande patienttillströmning. Kliniken får inte mer resurser för att vi tar emot alla valfrihetspatienter som önskar det utan förväntas ta emot ett ännu okänt antal patienter utan motsvarande resurstillskott. Politikerna gör ett stort nummer av att ni inför valfrihet i primärvården. Det hade jag för mig att vi redan har. Det nya är som jag förstår det att pengarna nu faktiskt följer med patienten. Jag förstår då inte varför inte motsvarande gäller även inom psykiatrin? Här förväntas klinikerna istället ta emot andra områdets patienter utan motsvarande resursförstärkning, precis den ordning som ni kritiserar och nu ändrar för primärvårdens del. Det hela ter sig så underligt för mig att jag undrar om jag allvarligt missförstått något här?

Mer om pengar. NSP's verksamhetschef sedan minst femton år tillbaka har helt nyligen oväntat, under former som väckt förvåning och bestörtning på många håll, entledigats från sina uppgifter som verksamhetschef med tio dagars varsel. Orsaken är inte helt känd för oss, men de huvudsakliga skälen synes handla om två års budgetunderskott samt att hon engagerat kämpat mot föreslagna neddragningar. Rent allmänt kan man tycka att den budgetdiskussion som varit snarare borde ha

gällt 2009 års budget än 2008 års, eftersom besparingsåtgärder rimligen behöver tid för att ge resultat, men jag inser att detta dilemma inte alls är unikt just för oss.

Detta med överskridna budgetar vill jag också kommentera. Jag är helt med på tanken att budgetar är till för att hållas och att det är en av våra centrala uppgifter att lyckas med det. Samtidigt har jag under de senaste åren, där jag ingått i NSP's ledningsgrupp, slagits av de stora svårigheter som verkar föreligga i att hålla en budget, eftersom förutsättningarna synes ändras under pågående budgetår på ett mindre förutsägbart sätt. Ett par exempel: Vi upptäcker att kommunerna kräver av oss att vi betalar en tredjedel av "placerade" patienters kostnader för boende, kostnader som vi uppfattat är kommunens lagstadgade ansvar. Kostnaderna för den rättspsykiatriska vården är oförutsägbara och väsentligen opåverkbara. En företrädare för NSP's neuropsykiatriska utredningsenhet uppger för mig att man i juni 2007 informerades om att man skulle få ett tillskott på fem miljoner till utbildningar om neuropsykiatri i länet men att det fem möten och åtta månader senare knappt blivit några pengar. Således förefaller även erkänt skickliga verksamhetschefer kunna drabbas av budgetunderskott sammanhängande med senkomna och ibland oförutsedda ekonomiska förändringar, varför man principiellt sett nog behöver undersöka förklaringen till budgetproblemen innan man gör sig av med bra chefer. Dessutom är det ju så att man som verksamhetschef inte bara företräder landstinget utan åtminstone moraliskt sett även patienter, allmänhet och medarbetare och då ter det sig rimligt och moraliskt hedervärt att man tills definitivt beslut är fattat gör sitt yttersta för att bibehålla en väl fungerande och angelägen verksamhet. Vi har uppfattat att våra beställare under budgetprocessen velat "beställa" färre patientbesök och färre patienter som har kontakt med oss än vad vi presterade förra året. Mot detta synsätt har framförts att vi "överproducerat" vård föregående år, tolkat som att vi producerat fler besök än vi hade beställning på. Frågan är emellertid litet mer komplicerad än så. Vilka och hur många patienter som behöver hur mycket psykiatrisk kontakt under ett visst år styrs av flera faktorer, där de viktigaste torde vara deras behov och rättigheter enligt HSL och LPT, gällande vårdprogram, gällande överenskommelser med primärvård och övriga vårdgrannar samt dessas faktiska resurser. Dessutom spelar samhällets situation i övrigt – stöd, socialförsäkringar, socialtjänst, arbetslöshetsnivåer – en viss roll för ohälsan. För att konstruera ett överdrivet och hypotetiskt men pedagogiskt lättfattligt exempel: om NSP i sitt upptagningsområde skulle ha 15 000 allvarligt självmordsbenägna patienter i odiskutabelt behov av psykiatrisk specialistvård så skulle det te sig befängt om politikerna "beställde" vård för högst 12 000 patienter under året och kallade resten för "icke beställd överproduktion". Varje verksamhetschef med moralisk kompass skulle kämpa med alla krafter för 15 000 patienter och annars avgå. Den principiella poängen är att i slutändan kan inte allt vara föremål för beställarnas beslut.

I allt det ovan sagda gällande ekonomiska aspekter vill jag vara noga med att reservera mig för att jag är ekonomiskt okunnig och inte själv har deltagit i budgetmöten och budgetprocess utan är hänvisad till andrahandsuppgifter inklusive vad POS själv förmedlade vid ett möte med ledningsgruppen 25 mars 2008 och att det därför kan föreligga avsevärda missförstånd från min sida. Samtidigt förefaller mina kollegor minst lika oinformerade och undrande som jag inför det som nu händer och det vore kanske av värde med en rejäl upplysningsinsats. Självklart är det vår uppgift och avsikt att även framöver göra vårt yttersta för att leverera så bra vård vi förmår till våra patienter oavsett vilka neddragningar vi drabbas av, men jag tror samtidigt att det psykologiskt sett är viktigt för arbetsmoralen att man förklarar för hårt arbetande personal på en väl fungerande klinik varför resurserna måste reduceras. Särskilt i ljuset av de politiska tongångarna om utökad satsning

på psykiatrin. Ännu bättre blir det om man från ansvarigt håll även stöttar oss i att nedskärningar i en väl fungerande verksamhet faktiskt måste tillåtas resultera i minskad vårdproduktion, hjälper oss att prioritera, samt ärligt förklarar för befolkningen vad som sker, betydelsen av detta samt varför det är nödvändigt. Med ett sådant professionellt förfarande och stöd är det kanske möjligt att genomföra neddragningar utan någon nämnvärd negativ inverkan på arbetsklimatet. Om man istället hävdar att vi borde kunna producera samma vård med mindre resurser och utlovar detta till befolkningen utan att vi själva tror det eller ser hur det skulle kunna gå till så riskerar effekten på arbetsmiljön och arbetsmoralen att bli en helt annan.

En ytterligare aspekt på neddragningen vid NSP är den politiska legitimiteten och väljarnas långsiktiga förtroende för politiker och de politiska processerna. Det talas idag en del om "politikerförakt" och bristande intresse och förtroende för politiken. Jag har svårt att tro att särskilt många anser politik annat än ytterst angeläget för oss alla och för det samhälle vi efter bästa förmåga bygger och vill ha. Min gissning är att det så kallade politikerföraktet inte handlar särskilt mycket om politiker, politiken, prioriteringarna eller ens de "tråkiga" besluten och genomförandet av dessa. Istället tror jag att missnöjet åtminstone delvis handlar om en besvikelse över diskrepansen mellan vad somliga politiker lovar och vad man som väljare ser ske. Detta uppfattas naturligtvis av väljarna som uttryck för inkompetens, överdrivna löften, falskhet, feghet och hyckleri. Om man istället talar klarstråk och förklarar vad man gör och vad man inte kommer att kunna göra samt gärna varför så får man de flestas respekt även om budskapen ibland med nödvändighet måste bli kärva.

Naturligtvis måste det finnas möjlighet för våra politiker att reducera anslag och verksamheter. Alla verksamheter kan inte expandera oavbrutet, särskilt inte samtidigt. Om t ex ett politiskt parti går på val på att man önskar skära ner psykiatrin 25 %, vinner valet och sedan genomför det så ser jag inga demokratiska problem med det. Tvärtom vore det ett politiskt legitimitetsproblem om man inte genomförde neddragningen. Jag skulle anse det oklokt men det är ju en helt annan sak. Problemet nu är att jag som någorlunda engagerad väljare på intet vis inför valet uppfattade att något av partierna avsåg att relativt sett reducera anslagen till patienterna i vårt område, snarare tvärtom. Jag har inte hittat en enda person som uppfattat ett sådant budskap inför valet. Är det någon av er som anser sig före valet ha informerat mig om att detta väntar oss boende inom NSP's upptagningsområde? Man kan naturligtvis hävda, som somliga gör, att vi tack vare effektiviseringar ska leverera mer psykiatri trots minskade resurser. Det är högst tveksamt om detta är realistiskt. Våra verksamheter är överlag redan hårt pressade och personligen betvivlar jag att det finns särskilt mycket luft kvar i systemet. Med tanke på psykiatrins ansträngda situation ser jag dessutom inte skäl till detta fyrkantiga synsätt. Naturligtvis ska eventuell luft bort men i så fall ersättas av mer psykiatri för samma pengar, inte oförändrad mängd psykiatri för mindre pengar. Som jag har förstått det skulle det inte heller vara acceptabelt med nedläggning av hela enheter – jag gissar att det vore politiskt omöjligt att genomföra något sådant då det då riskerar bli uppenbart för befolkningen att det äger rum en reducering som man inte vet sig ha röstat för – och hur som helst måste ändå patienterna tas om hand någon annanstans i systemet.

Pengarna än en gång. Jag hör själv till den säkerligen stora majoritet av befolkningen som tycker att det är "häftigt" att betala skatt, bara jag känner mig övertygad om att de används effektivt och till angelägna saker. Naturligtvis behöver vi en rimlig grad av uppföljning och kontroll av produktion och

resultat, men man måste ha rätt att ställa frågan huruvida de nuvarande systemen för dessa ändamål är uttryck för ett optimalt resursanvändande eller om de kan effektiviseras.

”Evidensbaserad politisk och administrativ uppföljning” med moderna ord. Anna Åberg-Wistedt har under alla år oförtrutet och oreserverat arbetat för att motivera oss alla till att använda samtliga anbefallna registreringar och kvalitetsindikatorer. Ändå: under lång tid har jag upplevt det som att våra ”beställare” - enkannerligen våra politiker – har bristande tilltro till klinikernas förmåga att använda tilldelade medel tillräckligt effektivt och till rätt saker. De beställningar vi får är väldigt styrande på detaljnivå och det blir administrativt tungrott, vilket försvårar ett flexibelt användande utifrån hur vi uppfattar behoven. Det är naturligtvis möjligt att ha det så, men är det verkligen den klokaste strategin? Vore det inte ett alternativ att vi tilldelas en summa pengar med budskapet ”Detta är vad vi har möjlighet att ge er i år. Vi litar på att ni använder dem till att ge så mycket och så kostnadseffektiv vård som möjligt. Utifrån våra politiska prioriteringar och våra löften till väljarna är vi angelägna om att ni ser till att prioritera x och y på ett rimligt sätt, men i övrigt är det upp till er att använda pengarna så klokt det går”? Vi är föremål för en rad administrativa kontroller och rapporteringsskyldigheter som även påverkar vår resurstilldelning under året i form av sk ”rörlig” eller prestationsbaserad ersättning. Detta medför att en hel del tid och resurser går till denna administration och rapportering, allt för att beställarna ska känna sig förvissade om att vi gör rätt saker i tillräcklig omfattning, alternativt möjligen för att de själva har ett krav på sig att visa att de följer upp verksamheternas ”kvalitet”. Många av de saker vi är ålagda att rapportera och som påverkar hur mycket pengar vi får – andel patienter med diagnos inom tre besök, andel patienter skattade med etablerat skattningsinstrument, telefontillgänglighet, andel patienter inrapporterade till relevant kvalitetsregister osv - har i mitt tycke ett påfallande svagt samband med vårdens egentliga kvalitet som snarare handlar om professionellt bemötande och ytterst goda psykiatriska kunskaper hos vårdgivaren. Dessutom är vissa faktorer även med maximala insatser svåra att få full kontroll över. En havererad telefonväxel kan erfarenhetsmässigt leda till att telefonsvarsfrekvensen underskrider den stipulerade nivån, med påföljd att anslaget reduceras under innevarande budgetår. Vi schabblar med telefonsvarandet, eller telefonväxeln som vi inte har kontroll över havererar, vi får därmed mindre pengar varpå *patienterna* får mindre vård än de eljest skulle ha fått. Helt enligt vårdöverenskommelsen, men är denna sorts inslag vettiga? Logiken är inte glasklar för mig och jag tror inte att patienterna skulle vara särskilt imponerade de heller om de kände till det hela.

Landstingets beställarfunktion inklusive kontrollerandet av vårdens prestationer drar rimligen en del resurser. Bara inmatning och inrapportering till beställarna av önskade variabler drar en del av våra. Har det vid något tillfälle gjorts en övergripande analys av den administrativa kostnaden, huruvida denna står i rimlig proportion till nyttan för vården, huruvida det finns besparingsmöjligheter, hur stor del av vårdens samlade resurser som går till administration ”ovanför” vårdens nivå i någon form? Jag har ingen egen uppfattning i frågan men kan säga att det är många ”på golvet” som undrar, och undrandet minskar ingalunda under tider med besparingskrav.

De regionala vårdprogrammen är på många sätt ett värdefullt tillskott i vården, bland annat som en vägvisare till vilka insatser patienten rimligen ska ha rätt till. Sätillvida är andelen patienter som erhåller vård enligt vårdprogrammen därför ett relevant mått på vårdens kvalitet. Samtidigt är det väldigt många patienter som av olika skäl inte riktigt passar in i något vårdprogram, då dessa ju är skrivna huvudsakligen för patienter med ”rena” tillstånd och sådana är det som alla vet ont om i

psykiatrin. Många patienter lider av litet av varje och blir inte tillräckligt hjälpta av något av vårdprogrammets insatsförslag, om vi alls lyckas räkna ut vilket vårdprogram som ska tillgripas i vederbörandes fall. Ett förslag på en hittills outnyttjad "kvalitetsindikator" kunde därför möjligen vara hur stor andel av patienter med diffus multisymtomatisk problematik som får tillgång till kvalificerad och individuellt anpassad vård *utöver* vad vårdprogrammen förespråkar?

Avslutningsvis vill jag säga att SLSO och våra politiker har all anledning att var stolta över länets psykiatri, som definitivt är mycket bättre än på de allra flesta ställen i Sverige. Bra kan emellertid alltid bli bättre och inför beslutad relativ reducering av vår kliniks resurser, och allra högst status quo för länets psykiatri som helhet, har jag sett mig föranledd att skriva detta inlägg. Jag är övertygad om att vi alla strävar efter en utökad och förbättrad psykiatri vilket enligt min mening inte torde kunna förverkligas utan motsvarande resurstillskott. Dessa rader är sammanfattningsvis inte alls avsedda som en traditionell protestskrivelse utan uttryck för en önskan om en ömsesidigt fördjupad dialog, ökad kännedom om och förståelse för varandras behov och arbetsvillkor och ett utökat samarbete.

Tack till dig som tagit dig tid att läsa ända hit! Kanske kan det vara en tröst att det antagligen tar arton år innan jag skriver igen. Jag är medveten om att jag med detta brev blottar en stor okunskap inom många områden. Dessvärre tror jag att de flesta av mina kollegor är lika illa däran, och kanske är det av värde för er att se hur illa det är ställt med oss. Nu vet ni åtminstone var ni har just mig!

Skulle någon av er vilja träffa mig för en fördjupad diskussion ställer jag naturligtvis gärna upp.

Med vänliga hälsningar,

Michael Rangne
Specialist i psykiatri, studierektor
Norra Stockholms Psykiatri
Vårdvägen 3
11281 Stockholm
tel. 073-682 28 75

Skrivet i hemmet helgen 28-31/3 2008

Kopia till: Sjukvårdsdirektör Mikael Ohrling
Biträdande sjukvårdsdirektör Per-Olof Sjöblom
Ledningsgruppen NSP
Läkarna NSP
Brukarrådet NSP
Föreningen Balans
Verksamhetschefer SLSO psykiatri
Studierektorer SLSO psykiatri