Ekonomistyrning i psykiatrin – misslyckanden och möjligheter

Jan Halldin tar [1] upp den viktiga frågan om hur ekonomistyrning negativt påverkat den psykiatriska vården, särskilt för en mycket utsatt grupp – de som blivit hemlösa. Problemet kan delas upp i flera:
– tillgängliga pengar,
– använt ersättningssystem,
– upphandling/vårdöverenskommelser/avtal samt
– uppföljning.

JERKER HANSON
f d cheföverläkare, Stockholm
jerker.hanson@telia.com

När det gäller tillgängliga pengar vill jag – förutom eventuella behov av att sänka skatten, anpassa sig internationellt m m – peka på följande: När tillverkningsindustrin, kommunikationsväsendet osv effektiviserar genom ny teknik och förbättring av processerna, blir deras produkter allt billigare.

Tjänstesektorn kan inte alls effektivisera på samma sätt – ett patientsamtal kan bara speedas upp till en viss gräns och inte skötas av en robot eller en dator. Med tiden kommer prylarna att kosta relativt allt mindre medan tjänsterna kostar allt mer (William Baumol). Detta är mer eller mindre en naturlag i ett samhälle som vårt med en stark teknisk utveckling. Exempelvis kommer kostnaderna för brevutbärning (brevportot) och andra personaltunga tjänster alltid att bli relativt dyrare.

Mindre vård för samma pengar

Min uppfattning är att man i de flesta budgetar och lönesättningar inte tillräckligt tagit hänsyn till detta. Man tror ofta att det är möjligt att ha oförändrat kostnadsläge för personlig vård jämfört med andra kostnader. Så är det inte.

Med samma pengar får man mindre vård allteftersom tiden går i ett modernt samhälle. En del kan man effektivisera även i vården men inte alls som i tillverkningsindustrin. Engagerad personal springer gärna fortare om man kan – men inte hur länge och hur fort som helst.

Riksdagens prioriteringsbeslut

Riksdagen har fattat beslut om hur man bör prioritera i vården:
– människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rättigheter,
– behovs- och solidaritetsprincipen – resurserna skall satsas där behoven är störst, och
– kostnadseffektivitetsprincipen – det skall vara en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet.

Rimligen skall dessa principer ha samma vikt i en beställar-/utförarmodell som i en linjeorganisation. Tyvärr har det visat sig vara svårt att applicera principerna konkret i praktiken, vilken organisation man än har.

Den grupp Jan Halldin tar upp har otvivelaktigt mycket stora behov. Vad jag förstått vet man numer också en hel del om åtgärder som är kostnadseffektiva för den gruppen. Bl a är samverkan mellan olika vårdgivare A och O.

Ersättningssystemet

Ersättningssystemet är ett kraftfullt instrument för att styra åt det ena eller andra hållet. Det borde kunna användas mycket mer än i dag för att på ett strategiskt sätt styra mot gemensamt fastställda mål. Hur kommer det sig då att hemlösheten sannolikt ökat i gruppen psykiskt långtidssjuka? Jan Halldin anser att det är kortsiktigt ekonomiskt tänkande på kliniker och avdelningar som bär skulden – i sin tur orsakat av tryck från beställarna. Jag tror snarare att en tendens att missgynna de personberoende vårdformerna alltid kommer att finnas och att man därför alltid måste ägna sig åt omfördelning av resurser, om inte vården skall utarmas helt och hållet.

Man kan välja ersättningssystem som stödjer utförandet av vissa tjänster. Om beställare och utförare är ense om att dessa tjänster är angelägna, vilket rimligen mestadels borde bli fallet, bör det kännas helt adekvat att man får betalt just för det man tycker är viktigt, särskilt om man dessutom kan se att åtgärderna får åsyftad effekt.

Ersättningsmodeller som stimulerar arbete med hemlösa kan vara ersättning genom kapitering (dvs att en vårdgivare får en bestämd summa pengar per år för att ge viss vård till en grupp av identifierade patienter) för patienter som riskerar att hamna i hemlöshet, t ex de med långvariga psykoser och funktionsnedsättning. Ersättning kan också ges med en vanlig budget för en enhet som särskilt arbetar med hemlösa med psykisk störning. Den senare modellen är kanske den som man tar till om den första styrningen misslyckats – det fall som Jan Halldin refererar.

Modeller kan även väljas som stimulerar psykiatrins uppsökande verksamhet och samverkan med andra, t ex kommuner samt patient- och anhörigorganisationer. Inget hindrar, enligt min mening, att delar av ersättningen ges enligt olika modeller till en och samma verksamhet. Ett system som inte preciserar åtagandena riskerar att bli orättvist när kakan inte är oändligt stor – de sämst ställda har svårt att driva sina vårdbehov adekvat.

Upphandling, överenskommelser, avtal

Upphandlingar, vårdöverenskommelser och avtal arbetar man mycket med på många håll i Sverige. Det som oftast sak-

Med samma pengar får man mindre vård allteftersom tiden går i ett modernt samhälle. En del kan man effektivisera även i vården men inte alls som i tillverkningsindustrin. Engagerad personal springer gärna fortare om man kan – men inte hur länge och hur fort som helst.

nas är en behovsanalys grundad på framför allt epidemiologiska uppgifter, skärskådade med hjälp av ovanstående principer för prioritering. T ex har man nog sällan beaktat riskerna att en grupp skall hamna i hemlöshet och agerat för att förebygga sådana misslyckanden.

Det är även svårt att tillräckligt noggrant beskriva de vårdtjänster som rimligen kan täcka de prioriterade behoven och som man eventuellt vill upphandla. Det är ännu svårare att värdera vad de skall få kosta. Det är en vansklig process för beställaren – och även för producenterna.

Brister i uppföljningen

När det gäller uppföljning av avtal m m brister det påtagligt, inte minst i psykiatrin. Den ekonomiska uppföljningen är noggrann – alltså om budgeten hållits eller ej – däremot är konsekvenserna vid avvikelser (uppåt eller nedåt) inte alltid tydliga. Framförallt redovisas och analyseras gjorda åtgärder sällan – och ännu mindre åtgärdernas effekter. I somatiken redovisas gjorda insatser genom bl a DRG-systemet (ofta grunden för ersättningen), men man följer inte upp effekterna av åtgärderna i rutinsjukvården. I psykiatrin mäter man fortfarande mest antal besök, vårdtillfällen och vårddagar. Ett exempel på en mer noggrann uppföljning med hjälp av medicinsk kvalitetsrevision finns dock redovisat [2] – några liknande är på gång.

Maning till försiktighet

Richard Saltman m fl har nyligen [3] på bl a WHOs uppdrag sammanställt en skrift om hur upphandlingar m m kan hanteras inom vården. Man manar där delvis till försiktighet. Förändringar i de ekonomiska styrsystemen måste få ta tid. Man bör följa resultaten av gjorda förändringar och agera efter vad som visat sig inträffa på »vårdgolvet«.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Halldin J. Vårdrelationerna riskerar deformeras om ekonomistyrningen tar överhanden. Läkartidningen 2002;99:2184-5.
2. Hanson J, Björling G, Brandänge K, Hagberg K, Malm T. Medicinsk kvalitetsrevision inom psykiatrin. En process som stärkte samarbetet. Läkartidningen 2002;99: 808-11.
3. Saltman RB, Busse R, Mossailos E, editors. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. http://www.who.dk/InformationSources/Publications/Catalogue/20020321_3

Anmärkningsvärt om östrogen, del 2

Gabriel Fried kommenterar här reaktionen från SBUs östrogengrupp mot hans referat av en artikel. Fried pekar på att rekommendationer för eller emot östrogen som primärprevention vad beträffar kardiovaskulär hälsa bör invänta resultat från fler randomiserade studier.

GABRIEL FRIED
professor, överläkare, institutionen för kvinnors och barns hälsa/kvinnokliniken, Karolinska institutet/sjukhuset, Stockholm
gabriel.fried@fyfa.ki.se

Medlemmar i SBUs projektgrupp för rapporten om behandling med östrogen i klimakteriet har sett sig föranledda att kommentera (Läkartidningen 20/2002, sidan 2329) mitt artikelreferat »Gynnsamma effekter av östrogen på kardiovaskulär hälsa«, publicerat i Läkartidningen 18/2002 (sidorna 2066-7), och den samtidigt och oberoende publicerade artikeln av A T Pedersen och B S Ottesen i Ugeskrift for Laeger, »Hormonbehandling i overgangsalderen og risiko for kardiovaskulær sygdom«.

SBU-gruppens företrädare menar att det är ansvarslöst att hysa uppfattningen att östrogen skulle kunna ha gynnsamma effekter på kardiovaskulär hälsa, samt att det är anmärkningsvärt att gynekologer har uppfattningar om östrogeneffekter på hjärtat när det finns kardiologer.

Jag får väl be om ursäkt för att ha refererat en artikel som förefaller visa att östrogen kan ha gynnsamma effekter på kardiovaskulär hälsa, och för att jag tolkat resultaten mot bakgrund av ett stort antal tidigare studier som kommit till liknande slutsatser utan att man hade en aning om att SBUs projektgrupp redan hade bestämt åt oss vad man ska tycka.

Rekommendationer om primärprevention

Dock är inte alla kardiologer lika kategoriska. American Heart Association har i sina rekommendationer angående östrogen och kardiovaskulär hälsa skrivit följande vad beträffar *primär*prevention (Circulation 2001;104:499-503):

- Bestämda kliniska rekommendationer angående primärprevention måste invänta resultaten av pågående randomiserade kliniska prövningar.
- Det finns otillräckliga data för att sätta in hormone replacement therapy (HRT) enbart som primärprevention av kardiovaskulär sjukdom.
- Ställningstagande till initiering och underhåll av HRT-behandling skall grundas på etablerade fördelar/risker med HRT på andra system än det kardiovaskulära, på möjliga fördelar/risker för det kardiovaskulära systemet, samt på patientens önskemål.

American Heart Association konstaterar vidare att huvuddelen av de data som idag finns tillgängliga för kliniska ställningstaganden baseras på standarddoser av oralt östrogen/medroxiprogesteron. Det finns idag otillräckliga data för att bedöma huruvida olika preparat, doser, tillförselsätt eller olika gestagener har mer eller mindre gynnsamma eller ogynnsamma effekter vad beträffar kardiovaskulär hälsa.

Grunden för försiktighet

Ämnesområdet är stort, debatteras livligt internationellt, och flera uppfattningar finns. Därför imponeras man av den entusiasm som verkar ha uppstått i SBU-gruppen för att mana till försiktighet som resultat av en enda prospektiv randomiserad *sekundär*preventiv klinisk studie, dvs HERS-studien (n=1).

Liknande tankar förekommer också internationellt och har kommenterats i Lancet (2002;359:795) i ett inlägg betitlat »Hormone therapy and heart disease«, där John C Stevenson förvånat påpekar det egendomliga i att det i denna era av evidensbaserad medicin kan uppstå rekommendationer för kliniska rutiner på basis av en enda studie, när det finns en stor mängd epidemiologiska och biologiskt experimentella data som stöder tanken på gynnsamma effekter av östrogen på det kardiovaskulära systemet.

Fler randomiserade studier emotses

Fler randomiserade studier emotses inom detta viktiga område, som inte lämpar sig för kategoriska påståenden vare sig efter artikelreferat eller efter vilken disciplin som yttrar sig i ämnet.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna. •