

Privatiseringen av psykiatri – inkludera även tvångsvården

I Stockholm har delar av den psykiatriska vården privatiserats, vilket fungerar olika bra beroende på vad som ingår i åtagandet. För patienterna är kontinuitet i den terapeutiska relationen bland det viktigaste. Därför kan ett alternativ vara att ge privata aktörer ansvaret inte bara för frivillig öppen- och slutenvård, utan också för tvångsvården, anser Filipe Costa.



Enligt tvångslagstiftningen har chefsöverläkaren juridiskt ansvar för alla patienter som tvångsvårdas.

Illustration:
Ewa Knutsson

Sedan slutet av 2000-talets första decennium har alliansen valt en »ny« förändringsstrategi för svensk psykiatri, med två modeller för privatisering av psykiatri i Stockholm.

I den ena modellen har enbart öppen- och slutenvården privatiserats; 2009 privatiserades ett fåtal öppenvårdsmottagningar inom Norra Stockholms Psykiatri och alla mottagningar inom Psykiatri Sydöst. Inom dessa mottagningars upptagningsområden ligger ansvaret för öppen- och slutenvård hos privata entreprenörer medan landstinget har kvar ansvaret för all form av slutenvård, dvs såväl frivillig vård som tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Hjälpökande som behöver insatser i både slutenvård och öppenvård blir under en och samma vårdperiod hänvisade till två olika organisationer, och vårdprocessen fragmenteras mellan den privata öppenvården och den av landstinget drivna slutenvården.

I den andra modellen har all slutenvård och öppenvård som bedrivs frivilligt inom Psykiatri Nordöst privatiserats, vilket skedde 2010. Kontinuitet i den terapeutiska relationen mellan patienten och den privata aktörens medarbetare kan här bibehållas över tid, under förutsättning att patienten vårdas frivilligt. Psykiatrisk tvångsvård får bedrivas enbart inom en landstingsdriven verksamhet; ett kontinui-

tetsbrott i behandlingsarbetet sker när en patient är i behov av tvångsvård.

Sedan sektoriseringen av psykiatri på 1980-talet har helhetssynen på patientens livssituation och kontinuiteten i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare ansetts vara evidensbaserade principer, vägledande för psykiatriskt reformarbete och för det psykiatriska behandlingsarbetet.

Med psykiatireformen (1995) åstadkoms en fragmentering mellan landstinget, som sköter om vården, och kommunen, som ser till att patienten lever i ett meningsbärande sammanhang. Därmed gick också helhetssynen förlorad.

När man privatiserar enbart psykiatriens öppenvårdsmottagningar fragmenteras vårdprocessen ytterligare. För hjälpökande som behöver både öppen- och slutenvård brister även kontinuitetsprincipen helt.

Den långtidssjuka patienten blir beroende av tre huvudmän: 1) den privata öppenvården, 2) den landstingsdrivna slutenvården, 3) kommunen. De patienter som vinner på denna modell är de som förmår välja vårdgivare och klarar sig med enbart behandlingsåtgärder i öppenvård, dvs de patienter som varken är i behov av slutenvården eller av kommunens tjänster.

Inom en psykiatrisk organisation med ett sammanhållet ansvar för både slutenvård och öppenvård finns vardagliga spänningar mellan de olika delarna. Öppenvården har tolkningsföreträde vad gäller inläggningar i slutenvården, och hos slutenvårdspersonal finns ofta en känsla av att vara överutnyttjad av

öppenvården. Inom en och samma organisation måste dessa spänningar finna konstruktiva lösningar så att överbeläggningar i slutenvården inte når en explosiv nivå.

Situationen blir annorlunda om en, i förhållande till slutenvårdsorganisationen, autonom öppenvårdsorganisation fritt kan disponera över slutenvårdplatserna som en »fri nyttighet«. Detta främjar inte en utveckling av strategier i öppenvård.

Psykiatri Sydöst utgör en bra illustration till vad som kan ske efter att all öppenvård i ett område privatiseras. Belastningen i slutenvården ökade så till den grad att jag som dåvarande verksamhetschef tvangs att be andra psykiatriska verksamheter i Stockholm om hjälp med slutenvårdsplatser. Beställarorganisationen (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, HSNf) nödgades ersätta Psykiatri Sydöst för en överproduktion av vård dagar motsvarande en nästan 115-procentig beläggning året runt!

I Psykiatri Nordöst är modellen mer genomtänkt. Ett samlat ledningsansvar för slutenvård och öppenvård, må vara för enbart de patienter som vårdas frivilligt, har lett till en stor minskning av slutenvårdskonsumtionen eftersom arbetet i öppenvården utvecklades.

Minskningen av slutenvårdens beläggning blev så stor att den privata entreprenören riskerade förlora vård dagsintäkter i slutenvården! HSNf »tvangs« till att garantera 50 procent av



FILIFE COSTA
specialist i allmän psykiatri;
fd verksamhetschef, Stockholm
filipe.cabrita-deoliveira-e-costa
@sll.se

den avtalade slutenvårdsersättningen oavsett beläggningsciffrorna. Varje gång en av organisationens patienter tvångsvårdas i landstingsdriven slutenvård betalar denna privata aktör en »straffavgift« till HSNf, vilket leder till utvecklingen av bemötandestrategier i öppenvården för att förebygga tvångsvård. Kontinuitetsbrotten i behandlingsarbetet som sker när en patient hänvisas till landstinget för tvångsvården minimeras på så sätt.

I vårdöverenskommelsen med den privata aktören som driver alla mottagningar i Psykiatri Sydöst har HSNf beviljat ett monopol i öppenvården. All typ av öppenvårdsarbete inom Sydösts upptagningsområde kan utföras enbart av den privata aktören! Psykiatri Sydösts landstingsdrivna slutenvård tillåts utföra enbart slutenvårdsarbete och får ersättning endast för vård dagar. Detta stämmer inte med verkligheten.

Varje gång en patient hänvisas till Sydösts slutenvård för en inläggning måste Sydösts läkare göra en egen bedömning av vårdbehovet. Detta arbete utförs av slutenvårdens landstingsanställda i öppenvården men utan ersättning.

Varje gång en patient blir utskriven kommer han/hon att vara beroende av en avtalad besökstid på någon av de privata öppenvårdsmottagningarna. Under väntetiden blir patienten beroende av slutenvårdspersonalens insatser. Arbetet utförs utan ekonomisk ersättning. Landstinget missgynnas ekonomiskt av denna ordning.

Enligt tvångslagstiftningen har chefsöverläkaren, som finns inom landstinget, ett sammanhållet juridiskt ansvar inte bara för de patienter som tvångsvårdas i slutenvården, utan också för dem som tvångsvårdas i öppenvård, genom LPT-permissioner eller enligt öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT). Chefsöverläkaren får inte delegera detta ansvar till specialistläkare utanför den egna landstingsägda sjukvårdsinrättningen.

Lagstiftning och praxis stämmer överens när landstinget har ett eget sammanhållet ansvar för sluten- och öppenvård av tvångsvårdade patienter. Efter privatiseringen blev situationen komplicerad. När en patient lämnar slutenvården ska han/hon hänvisas till den privata aktören som getts monopol på öppenvård.

När det handlar om LPT-permissioner och om de patienter som vårdas enligt ÖPT får chefsöverläkaren inte dele-

»Det är inte rimligt att chefsöverläkarens ansvar underordnas bristfälligt ingångna avtal och administrativa önskemål så att vårdansvaret för tvångsvården delas mellan två olika organisationer.«

gera vårdansvaret utan bara ge behandlingsuppdrag till av den privata aktören utsedda medarbetare. Chefsöverläkaren ska likväl närvara vid länsrättens förhandlingar och är skyldig att fortlöpande ha insyn i hur öppenvårdsarbetet fortskrider i det enskilda fallet.

Chefsöverläkaren ska helt autonomt kunna avgöra rimligheten i att ge ett behandlingsuppdrag till en annan organisations medarbetare. Utöver ett stort ömsesidigt förtroende krävs det en fortlöpande god kommunikation mellan de olika organisationernas företrädare. I de flesta fallen som behandlats av Socialstyrelsen och/eller av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd genom åren har just bristerna i kommunikationen varit de största problemen från patienträttssäkerhetssynpunkt. Det finns redan nog med problem även då den tvångsvårdade patienten har att göra med bara en organisation.

Det är inte rimligt att chefsöverläkarens ansvar underordnas bristfälligt ingångna avtal och administrativa önskemål så att vårdansvaret för tvångsvården delas mellan två olika organisationer. Från patienträttssäkerhetssynpunkt samt av hänsyn till den långtidssjuka patientens behov av relationskontinuitet är detta en helt otillfredsställande situation.

Alternativa lösningar

1. Privatisering av enbart öppenvården men med hänsyn till den långtidssjuka patienten.

En fortsatt privatisering av enbart öppenvården borde inte utgå från öppenvårdsmottagningarna i sig utan i stället från de olika sökandes behov av olika sorters vård, service och stöd. Det borde vara de öppenvårdsmottagningar där personalen arbetar vardagar och dagtid, med patienter som är i behov av enbart öppenvårdsinsatser, som borde privatiseras och inte öppenvården i sin helhet.

Patienter som har ett långvarigt svårt lidande och som har kontakt med en mottagning, men som ibland frivilligt eller med tvång måste bli intagna i sluten-

tenvården, och som behöver stöd under kvällar och helger, som inte förmår komma på avtalade besökstider etc, lämpar sig svårigen för en mottagningsverksamhet. I ett kontinuitetsperspektiv får dessa patienter problem då de hänvisas runt till olika instanser.

Erfarenheter från Enskede-Skarpnäckes psykiatriska sektor (1986–1996) och från Psykiatri Södra (1997–2010) visar att det är möjligt att ha öppenvårdsmottagningar som arbetar med tusentals sökande som behöver insatser i öppenvård, medan slutenvårdsenheterna har ett totalt ansvar för både sluten- och öppenvård av de patienter som kan behöva vårdas i slutenvård.

Det är fullt möjligt att privatisera enbart allt öppenvårdsarbete som sker med öppenvårdspatienter i enbart öppenvård. Ett mindre antal patienter med grava problem som behöver både öppen- och slutenvård, frivilligt eller med tvång, kan med fördel tas om hand inom offentligt driven »slutenvård«.

2. Privatisering av en hel psykiatrisk organisation, inklusive tvångsvården.

Privata aktörer får förtroendet att ansvara för all frivillig sluten- och öppenvård och även för att kunna handlägga tvångsvård i öppenvården. Det blir helt inkonsekvent att tvångsvården inte kan privatiseras när en operatör som anförtros vården av en patient inte får samma förtroende när samma patient vårdas under tvång! Detta trots att den privata aktörens medarbetare har erfarenhet och kompetens likvärdig de offentligt anställda.

Ett sammanhållet ansvar för sluten- och öppenvård men även för tvångsvård bäddar för att helhets- och kontinuitetsprinciperna åter införs i vårdarbetet, vilket gynnar patientens intressen.

3. Återgång till den gamla ordningen.

I fall man inte reviderar lagstiftningen samtidigt som privatiseringen fortskrider och omfattar enbart den frivilliga vården kommer man att återskapa det psykiatriska landskap som fanns innan mentalsjukhusen lades ner för knappt 30 år sedan. Vi kommer att få utspridda privata kliniker, som tar hand om patienter som vårdas frivilligt, och en landstingsdriven, alltmer centraliserad slutenvård, som sköter tvångsvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 34.