

# Valfrihet i psykiatri – ett misslyckat projekt

Undanta psykiatri från den rådande valfrihetsdoktrinen, som ställer vissa individers fria val och självbestämmande högst på dagordningen – på bekostnad av de psykiskt långtidssjuka som främst suckar efter social rättvisa.

I mitten av 1990-talet införde hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSNF) i Stockholms läns landsting (SLL) valfrihetsregler i psykiatri. I december 2000 fastställde SLL att patienter i psykiatri, i likhet med andra patientgrupper, skulle få välja eller byta vårdgivare inom den frivilliga psykiatriska vården, oavsett patientens bostadsort. I undantagsfall kunde valfriheten nekas av strikt medicinska skäl.

Genom regeln att »pengarna följer patienten« skulle den psykiatriska verksamhet till vilken patienten hörde enligt sin bostadsadress mot fakturering ersättas av patienten valda verksamheten för dess insatser. Genom konkurrensutsättning skulle »populära« psykiatriska organisationer med bättre kvalitet, hög tillgänglighet och hög produktivitet premieras ekonomiskt genom ökat patientinflöde.

Införandet av valfriheten utgick från implicita föreställningar om verkligheten. De psykiatriska organisationerna ansågs vara likställda beträffande resurser för sitt områdesbaserade uppdrag. Dessutom ansågs de ha en överkapacitet som kunde utnyttjas för att vårda sökande

från andra områden. HSNF:s bristande förmåga att göra kvalitetsuppföljningar skulle ersättas av en kommersiell konkurrens mellan aktörerna, så att kvalitetsaspekter skulle bli utslagsgivande.

Eftersom resurserna är ojämnt fördelade i SLL:s psykiatri, och vissa psykiatriska organisationer enbart under stora påfrestningar kan tillgodose redan existerande behov av psykiatrisk service i det egna området, kom valfriheten att leda till en ännu större ekonomisk ojämlighet mellan sektorerna.

I samband med sektorisering av psykiatri i Stockholm 1982–1995 fick sektorerna, som ersatte de tidigare klinikerna, ett områdesansvar, dvs en skyldighet att betjäna enbart invånarna bosatta i respektive sektors geografiska område. Ekonomiska resurser fördelades utifrån ett behovsbaserat index som byggde på förhållandena i respektive sektors upptagningsområde. Denna typ av behovsindex, som inte länge används, bidrog till en jämlik resursfördelning där varje psykiatrisk sektor fick ekonomiska medel *dimensionerade för att den skulle fullgöra sitt (geografiskt) avgränsade uppdrag*.

Sedan dess har det skett en skatteväxling, från landsting till kommuner, i samband med psykiatrireformen 1995. Budgetnedskärningar har gjorts, och psykiatriska sektorer har av ekonomiska skäl slagits samman till enorma verksamheter. Nuvarande organisationers budget har förhållandevis och över tiden inte blivit större utan snarare mindre, och somliga har fått klart sämre resurstilldelning.

Situationen kan delvis illustreras av HSNF:s »Uppföljningsrapport 2006 – Allmän-

psykiatri i Stockholms län«. Den beskriver en »simulerad, fiktiv resursfördelning« till Stockholms psykiatriska organisationer, grundad på principen om resursfördelningsindex, där hänsyn togs »till andel befolkning över 18 år i förhållande till total befolkning i länet, psykiatriindex enligt socialmedicin och hur många patienter respektive klinik har haft i förhållande till hur många patienter som omhändertagits i hela länet«.

Man kom till slutsatsen att ex Psykiatri Södra, som i samma rapport konstaterades ha det största antalet patienter/1 000 invånare och en mycket hög produktion, borde ha fått drygt 31 miljoner kronor mer i budgetmedel 2006 än vad den tilldelades.

Denna initiala variant av valfrihetskonstruktion där »pengarna följer patienten«, dvs pengarna överfördes från den bortvalda till den valda sektorn, ledde till att organisationer som av historiska skäl hade en relativ överkapacitet, främst i slutenvården där de stora pengarna kunde tjäna in, fick ett extra tillskott vid sidan av vårdöverenskommelsen med HSNF.

De organisationer som var underdimensionerade i förhållande till sitt uppdrag fick finansiera någon annans överkapacitet och kompensera för sina egna förluster som valfriheten gett genom att stressa fram en högre produktion per behandlare i öppenvården samt förhandla sig fram till full ersättning för permanenta höga överbeläggningar i slutenvården. En från arbetsmiljö- och patientsäkerhetsynpunkt föga rekommendabel överlevnadsstrategi.

Valfriheten gagnade således vissa verksamheter på be-



Foto: Colourbox

»En pikant detalj är att valfriheten ska kunna nyttjas även av den tvångsvårdade patienten ...«

kostnad av andra och spädde ytterligare på den ojämlika resursfördelningen mellan Stockholms psykiatriska organisationer. Relativt sett handlade det om stora pengar även om endast 2 procent av patienterna inom den allmänpsykiatriska vården bytte klinik 2006. En låg procent som tyder på att majoriteten av patienterna inte ville eller kunde välja, eftersom det saknas kvalitetsindikatorer som ska ligga till grund för kvalitetsjämförelser och eventuellt vägleda patienten i hennes val av vårdgivare.

Förmodligen är det patienter med mindre vårdbehov, som enbart behöver (kortvariga) behandlingsinsatser i öppenvård och inte slutenvård, som gynnas av valfriheten i psykiatri. Den långtidssjuka patienten har nog med sin problematiska livssituation och väljer i regel inte en annan vårdgivare utanför den närbelägna psykiatri. Klokt nog, eftersom hon oftast är beroende av relationen mellan psykiatri och den lokala kommunen eller stadsdelsnämnden, vilka tillsammans ska stödja patienten i hemmiljön efter utskrivning.

För ett par år sedan gjordes en ny ansats för att få valfriheten att fungera med mindre skadlig ekonomisk återverkan. Varje psykiatrisk organisation har en prestationsrelaterad ersättning och överenskommer varje år om en produktionsvolym för öppenvårdsbesök och slutenvårdsdagar. Organisationer som slutade fakturera sins-



FILIFE COSTA  
specialist i allmänpsykiatri, f d verksamhetschef, Stockholm  
filipe.cabrita-deoliveira-e-costa@sl.se

emellan, och produktionen knuten till valfrihetspatienterna fick räknas in i de avtalade prestationsvolymerna.

Även denna konstruktion kom att haverera eftersom varje organisation har ett avtalat »tak« för produktionen i såväl öppen- som slutenvården. Full ersättning för besök och vård dagar utgår upp till en viss nivå (tak). Produktion över taket ersätts med 50 kr per öppenvårdsbesök och 200 kr per vård dag.

Eftersom de flesta organisationerna möter en allt större efterfrågan från sitt eget upptagningsområde och producerar över taket har vi hamnat i en ny återvändsgränd. Att nyanställa för att öka produktionskapaciteten och kunna ta emot valfrihetspatienter går inte med en så låg ersättning. De marknads skolade verksamhetscheferna visade ingen stor entusiasm över denna variant av valfrihetens bokföring.

HSNf verkar inse att valfriheten inte motsvarar vissa grupperns behov (långtidssjuka som inte vill eller kan välja). I tjänsteutlåtandet »Valfrihetsregler gällande psykiatrisk specialistvård« från september 2010 skriver HSNf: »Förvaltningen bedömer att flertalet patienter med behov av kontinuerlig öppenvård samt perioder av slutenvård även fortsättningsvis kommer att välja vårdgivare i den närbelägna psykiatrin [mina kursiveringar].«

Men likväl, och trots 15 år av misslyckat experimenterande, vill SLL:s politiska ledning åter satsa på »ökad« valfrihet inom psykiatrin. Från och med januari 2011 kan valfriheten inte nekas av medicinska skäl. Följsamhet gentemot valfrihetens regler ställs nu som ett tvingande krav i definitiv kollision med områdesansvarsuppdraget. Som ett nytt incitament framförs i samma tjänsteutlåtande förslaget om »att en viss pott pengar avsätts för valfrihetspatienter som fördelas till de kliniker som haft en patient-

## »Den långtidssjuka patienten har nog med sin problematiska livssituation ...«

tillströmning som inte täcks inom beställd volym«.

Eftersom den totala mängden pengar för psykiatrin inte har ökat kommer produktionstaket att bestå. Om man vill få del av dessa välbehövliga »pottpengar« som extraintäkt måste patienterna i en organisations upptagningsområde få ett mindre utbud så att ett produktionsutrymme för valfrihetspatienter, som nu får ett mer värde, kan åstadkommas.

En pikant detalj är att valfriheten ska kunna nyttjas även av den tvångsvårdade patienten, som tvångsvårdas just för att hon saknar sjukdomsinsikt och inte kan bedöma sina egna (vård)behov! Under själva tvångsvården har patienten möjligheten att kunna välja en annan vårdinrättning!

Allt tyder på att det blir ett nytt misslyckande för denna marknadsfilosofi då Stockholm som en enda stor rörlig (vård)marknad ställs mot psykiatriska organisationers kvarstående områdesansvar.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska värden, oavsett var den bedrivs, uppfylla kraven på god kvalitet. I stället för att hoppas att marknaden ska fungera som korrigerande kraft och med hjälp av denna kringgå problemet att vissa verksamheter bedöms vara mindre välfungerande vore en granskning av dessa att föredra. Därigenom skulle SLL:s befolkning kunna garanteras vård på lika villkor hos den geografiskt mest närbelägna och för brukaren mest tillgängliga psykiatrin, i stället för att riskera en ökad ojämlig resursfördelning när »mindre populära« vårdgivare skulle tvingas slå igen.

Borde man inte, mot bakgrund av de knappa ekono-

miska resurserna, undanta psykiatrin från en dogmatisk anslutning till rådande doktrin som ställer somliga individers fria val och självbestämmande högst upp på agendan? Här på bekostnad av den psykiskt långtidssjuka som där nere suckar främst efter social rättvisa.

Om det inte finns pengar för att upphäva taket så att

produktionen kan ges fria tyglar, varifrån ska då »pottpengarna« komma? Pengar som i stället kunde ha satsats på en välbehövlig reform av psykiatrins slutenvård så att de långtidssjuka patienterna inte fortsätter att missgynnas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Stärk patient-läkarmötet

■ Jonas Sjögrens kritik av Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor (LT 51-52/2010, sidan 3298) pekar på ett problem som ligger under ytan i svensk sjukvårdsdebatt. Det handlar om avvägningen mellan å ena sidan styrning av läkarens verksamhet och å andra sidan läkarens frihet att individualisera diagnostik och behandling i den konkreta kliniska situationen.



karen på förtroendebas får sköta detta, liksom hälsorådgivningen. En patients medicinska situation har ofta speciella förutsättningar som man bör ta hänsyn till. Patient och läkare bygger bäst upp en bra relation om de själva tillsammans avgör vad som är relevant i den aktuella situationen.

Till slut en halsbrytande jämförelse: I sexdagarskriget mellan Israel och arabstaterna 1967 fanns en avgörande skillnad mellan de krigförande parternas militära ledningsstruktur. Den israeliska militärledningen gav befälhavarna ute vid fronten stor frihet att själva bedöma situationen och avgöra möjligheter och risker med olika handlingsalternativ samt att handla därefter. Detta i motsats till egyptierna, där det mesta måste sanktioneras från högkvarteret i Kairo. Som bekant vann Israel en överlägsen seger.

I både krig och sjukvård bör man undvika yviga högkvartersfasoner. Den som sitter i det direkta patientmötet har en unik kunskap om patientens situation och måste från fall till fall få förtroendet att avgöra vad som är vettigt och vad som inte är vettigt. Klinisk visdom måste komplettera klinisk evidens. Det är dags att stärka patient-läkarmötet.

Göran Nilsson

professor, Centrum för klinisk forskning, Västerås  
goran.nilsson@ltv.se