

replik till birgitta rydberg:

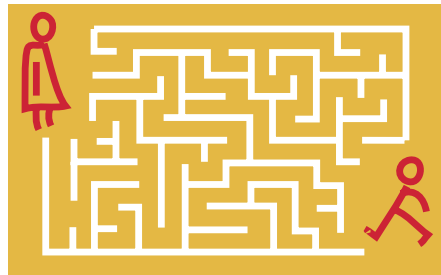
Ökad valfrihet i stället för ökad produktion

För inte så länge sedan kritiserades psykiatri allmänt för att ha en låg produktivitet. Det indirekta patientarbetet ansågs uppta en för stor andel av den totala arbetstiden, och krav ställdes på en drastisk ökning av produktionen. En anslagsbudget, i Stockholm historiskt sett förknippad med en psykiatrisk sektors geografiskt avgränsade områdesansvar, ersattes av en marknadsorienterad, prestationsrelaterad budget. En sektors budget likställdes med ersättningen för volymen utförda besök och vård dagar. Detta tvingade fram en generell produktionsökning.

När de operativa redskapen för en kommersialisering av psykiatrisk vård härigenom hade införts, och vården betraktades som en vara vilken som helst, kunde den lätt överlämnas till en marknad. När en privatisering av psykiatriska verksamheter inleddes medförde den uppkomna konkurrenssituationen att beställarorganisationen kunde fastställa lägre priser för besök och vård dagar. Mot bakgrund av de årliga blygsamma påslagen tvangs landstingsdrivna enheter att producera ännu större vårdvolymer för att få ekonomin att gå ihop. Härigenom åstadkoms en ytterligare ökning av produktionen.

Utan att förfoga över tillförlitliga redskap för utvärdering av utförda prestationers kvalitet kan beställarorganisationen nu glädja sig åt att få mer och mer »vård för pengarna«, allt medan medarbetarna i sina ekorrhjul drivs till en frenetisk jakt efter »pinnar« (utförda besök).

Att kraven på produktionsökning fortfarande utgör en central kapphäst illustreras av det faktum att privatise-



ringen av Psykiatri Sydösts öppenvård och av Järvas tre mottagningar inom Psykiatri Norra så sent som 2009 föranleddes av en, enligt beställaren, »låg produktivitet« [1].

Men nu när frågan om (öppenvårds)psykiatriens »låga produktion och produktivitet« håller på att lösas, och tillgängligheten för de boende inom varje organisations geografiska ansvarsområde ökar markant, bestämmer man sig för att starkt prioritera valfriheten.

I dagens läge har de flesta av Stockholms psykiatriska verksamheter en inte fullt ersatt överproduktion i förhållande till avtalade produktionsvolymer. Det är även så att organisationerna som har de högsta överproduktionstalen är just de som har ett förhållandevis större antal patienter som söker sig till andra organisationer. Tur nog att detta sker eftersom dessa organisationers medarbetare annars skulle ha ännu svårare att klara sitt uppdrag.

När valfriheten prioriteras och ekonomiska incitament införts så innebär det budgetfördelar för de psykiatriska verksamheter som tar emot patienter tillhöriga andra geografiska områden. När valfrihetspatienter får ett ekonomiskt mervärde i förhållande till det egna områdets patienter [2] kommer det att krävas stora omställningar av organisationernas inriktning och produktion.

»Om valfriheten som princip ska överordnas ett områdesansvar bör snarast en ny organisationsmodell för psykiatri diskuteras. Utgångspunkten måste då ligga i något annat än ett områdesansvar ...«

Helst borde organisationerna byta sina patienter sinsemellan – »mina till dig och dina till mig« – för att kunna få högre ersättning!

Så tidigt som 1995, dvs innan en privatisering av psykiatri varit på tal, har jag i Läkartidningens spalter [3] diskuterat konsekvenserna av ett införande av valfriheten i psykiatri!

Valfriheten respektive en sektorspsykiatrisk organisationsmodell med ett geografiskt avgränsat områdesansvar handlar om två olika koncept med olika organisatoriska implikationer. Valfriheten som ekonomisk styrmekanism innebär att patienten kan röra sig fritt. I egenskap av kund kan hon/han köpa vården var som helst på en öppen marknad enligt devisen »pengarna följer patienten«. Områdesansvaret som politiskt valt koncept innebär att en psykiatrisk organisations resurser ska ge service åt dem som bor i organisationens upptagningsområde. Valfriheten med sitt breda spelutrymme står för något annat än områdesansvarets småskalighet.

Under många år har jag lärt mig att respektera sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Rydberg för hennes sakkunskap och starka engagemang i psykiatriens frågeställningar. När det gäller frågan om valfriheten i psykiatri verkar det dock som om Birgitta Rydberg, i likhet med landsting-

ets övriga politiska ledning, helt reservationslöst har fångats i nygamla liberala nationalekonomers postulat om valfriheten som huvudredskap i en marknadsekonomi (LT 9/2011, sidan 481).

Det må vara så att vi tvingas leva som om vi vore fria att göra genomtänkta val, men om valfriheten som princip ska överordnas ett områdesansvar bör snarast en ny organisationsmodell för psykiatri diskuteras. Utgångspunkten måste då ligga i något annat än ett områdesansvar så att terrängens förutsättningar bättre stämmer överens med kartans vilja.

Risken är annars att organisatoriska omställningar sker på ett ogenomtänkt sätt när »fältet« kläms mellan valfriheten och områdesansvaret. Sorgligt nog har man inte ens gjort en kartläggning över vilka valfrihetspatienterna är och på vilka grunder de väljer att byta vårdgivare.

Samtidigt tyder tillgängliga data på att det är de mer resursstarka patientgrupperna som utnyttjar valfrihetens möjligheter på bekostnad av dem som har det sämst ställt och vars intressen just gagnar av ett områdesansvar finns kvar.

Filipe Costa

specialist i allmän psykiatri, Stockholm

filipe.cabrita-deoliveira-e-costa@sl.se

REFERENSER

1. Almkvist I, Westling K, Ängeslevä J, Forsberg B. Uppföljning av upphandlingar inom vuxenpsykiatri; Stockholm: Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Utvecklingsavdelningen.; 2010.
2. Costa F. Valfriheten i psykiatri – ett misslyckat projekt. Läkartidningen. 2011;108:282-3.
3. Costa F. Valfriheten hotar döda sektoriserad psykiatri. Läkartidningen. 1995;98:2915-6.

kommentar till en diskussion:

Valfrihetens gränser?

■ Debattinläggen av Jan Hall-din respektive sjukvårds-landstingsrådet Birgitta Rydberg i LT 9/2011 (sidorna 480-1) speglar på ett slående sätt skillnaden mellan ett kun-nigt inifrånperspektiv och politisk retorik. En central fråga är den om valfriheten i den psykiatriska vården. I denna angelägna fråga vill Svenska psykiatriska föreningen bidra med synpunkter.

Låt oss först poängtera att vi inte på något sätt är motståndare till att man inom rimliga gränser ska kunna välja var man ska få sin vård. Självklart ska även psykiatrins patienter kunna välja att få sina regelbundna kontroller vid en mottagning närmare till exempel sin arbetsplats eller ha möjlighet att byta behandlare, läkare, mottagning eller till och med klinik om man vill det. Vi vill dock hävda att för vissa kategorier av psykiatrins patienter medför valfrihetsprincipen svåra komplikationer. Vi talar om patienter med långvariga svåra psykosjukdomar, där Rydberg använder uttrycket »tunga psykospatienter«.

För dessa personer, som både behöver sjukhusvård vid psykotiska skov och kontinuerlig öppenvård dessemellan, är andra faktorer än valfriheten viktigare. Erfarenheten säger att det kan vara själva förtroendet mellan patienten eller personalen vid en viss öppenvårdsmottagning eller ett visst sjukhus som kan stabilisera situationen så att psykoskov kan undvikas.

Att arbeta med psykospatienter kräver stort tålamod och frustrationstolerans. Det är kanske först efter flera år och många vändor in och ut på sjukhus som man vinner patientens förtroende. Att i den processen ständigt hänvisa till att patienten har möj-

lighet att välja en annan vårdgivare är kontraproduktivt. Rydberg skriver att för psykiatrins patienter kan »förtroendet för behandlare och klinik vara särskilt viktigt«. Vi menar att detta inte är kännetecknande för just psykiatrins patienter utan kanske för alla människor med kroniska sjukdomstillstånd. När det inte finns någon enkel bot att få är relationen med dem som är satta att efter bästa förmåga hjälpa den bästa trösten.

Den specifika frågan om valfrihet under pågående tvångsvård behöver egentligen inte kommenteras om man accepterar ovanstående resonemang. Men om man hävdar något annat bortser man från att den som vårdas ineliggande, med stöd av tvångsvårdslagstiftning, gör det på grund av ett psykotiskt sjukdomstillstånd. Det är själva grunden för att tvång ska tillämpas. Psykos innebär att man inte kan skilja på fantasi och verklighet och att fantasierna styr ens tankar, vilja och känslor. Att man då vill välja att vara någon annanstans, välja en annan vårdgivare, är logiskt men oftast ett uttryck för sjukdom.

Att dessa patienter mellan sjukdomsskov skulle »göra sin vilja känd inför eventuella framtida inläggningar«, som Rydberg skriver, kan verka rimligt. Det finns enstaka patienter med god sjukdomsinsikt som förstår att de kan bli dåliga igen, men vanligast är att den som tillfrisknat från ett psykoskov inte för sitt liv vill bli sjuk igen och behöva bli inlagd.

Om patienten har dåliga erfarenheter från en viss avdelning försöker vi om möjligt att undvika den vid en ny inläggning, men tanken att alla patienter ska göra ett ra-

tionellt val mellan alla närliggande tvångsvårdsavdelningar och »boka« en plats där för vård vid ett eventuellt skov är verklighetsfrämmande.

Att praktiska och byråkratiska hinder för valfrihet undanröjs ser vi positivt på. Men hur ska en »fungerande« och »verklig« valfrihet se ut? Vi vill att det ska finnas en långsiktighet i vårdåtgärderna och att vård på sjukhus och mottagning ska gå hand i hand. Vårdåtgärderna kan då inte fragmenteras av olika driftsformer, organisationsförändringar eller att varje missnöjesyttring ska trolas bort genom att man hänvisar till valfrihet.

De flesta av psykiatrins behandlingar är relativt långvariga och förutsätter att ett förtroende växer fram. Icke desto mindre innebär de nästan alltid ett visst mått av frustration för patienten. Om man då fått lära sig att »är jag inte nöjd ska jag söka någon annanstans« leder det till ett plågsamt sökande efter hjälp som inte finns. Då har valfriheten skapat ytterligare ett lidande, vilket strider mot den första läkareden, den om att med sina insatser »aldrig skada« patienten.

Birgitta Rydberg avslutar med truismen »Psykiatrins patienter har samma rättigheter som alla andra«. Vi förstår att hon menar att alla som på grund av sjukdom söker sig till vården ska ha samma möjlighet att välja vårdgivare. I realiteten har endast de patienter full valfrihet som har ett icke akut, enkelt botbart sjukdomstillstånd som inte på något sätt grumlar medvetandet eller rationaliteten. De kan i lugn och ro undersöka utbudet och göra sitt val. Den som drabbas av hjärtinfarkt, stroke, en allvarlig olycka eller demens

och som inte i förväg har gjort något val har ingen som helst valfrihet. Ingen person med dessa tillstånd är psykiatrins patienter. Valfriheten i vården har med andra ord snäva gränser inte bara för psykiatrins patienter.

Psykiska sjukdomar påverkar per definition medvetandet och rationaliteten, vilket innebär att de val som våra patienter gör kan vara både irrationella, kontraproduktiva och destruktiva. Vi missunnar inte på något sätt våra patienter att välja den bästa vården men vet att gräset sällan är grönare på andra sidan staketet.

Arne Stenstedt
pressekreteraren@
svenskspsykiatri.se

Lise-Lotte Risö Bergerlind
ordforanden@
svenskspsykiatri.se
båda i Svenska
psykiatriska föreningen

Mer debatt på Lakartidningen.se

Försäkringskassan ska kritiseras

Försäkringskassan har deklarerat: »Läkarna begriper inte hur man skriver sjukintyg. Läkarna ska lära sig vilket språk man använder på försäkringskassan«. Patienten uppmanas byta läkare, om intyget inte blir godkänt. Efter 30 år som läkare och tio år (1984–1994) som förtroendeläkare på Försäkringskassan kan jag ge tips om vad ett läkarintyg är och hur det ska tolkas. Hur ska jag som läkare bemöta en handläggare som kränker mig som yrkesman? Om läkarkåren inte har samhällets förtroende att skriva sjukintyg så lägg uppgiften på någon annan. Vi vill inte ha den.

Richard Wentzel
distriktsläkare, Örebro