

Tragedi, fars eller bara skandal? kritisk granskning av en landstings- rapport

Filipe Costa¹ Ulf Brinck²

¹Leg läk, spec psykiatri, fd tf verksamhetschef Psykiatri Sydöst. Epost: filipecosta1@hotmail.com. ²Fil lic, Dr Med Vet, leg psykolog, leg psykoterapeut, fd enhetschef Psykiatri Sydöst. E-post: ulf.brinck@glocalnet.net.

I artikeln granskas den uppföljningsrapport som Stockholms läns landsting tagit fram med anledning av privatiseringar inom den psykiatriska vården. För patienterna uppstår ett kontinuitetsbrott och för vårdgivarna ett glapp i ansvaret för vården när patienter behöver läggas in i den offentliga slutna vården och därefter skrivs ut till en entreprenör i öppenvård. Särskilt för patienter med vårdintyg som behöver fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård uppstår dubbelarbete. De kvalitetsförbättringar som landstinget avsåg att uppnå med privatiseringen är dåligt dokumenterade, rekryteringsproblem som funnits i den tidigare organisationen har kvarstått hos den nya arbetsgivaren. Produktiviteten under den studerade perioden har inte blivit bättre jämfört med den offentliga verksamheten. Den ena av de anlidade entreprenörerna har hårdprioriterat KBT-metoder framför all annan behandling.

Part of psychiatric services within the Stockholm County Council has been privatized and a follow-up report is here criticized. Discontinuity in care arises for patients when they move from out-patient to inpatient services under responsibility of different organisations. These obstacles are even worse for involuntary patients. The aim of employing entrepreneurs was to raise productivity and quality of treatment methods but very little of this is demonstrated in the report.

Bakgrund

För grundläggande skattefinansierade verksamheter i samhället som skola, social omsorg och vård har också ansvaret för driften historiskt sett legat i kommunal, landstingskommunal eller statlig regi. På senare år börjar skattemedel i betydande omfattning och snabb takt att användas i det offentliga för upphandling av tjänster hos privata

entreprenörer. Undertecknade är tveksamma till att samhällseliga kärnverksamheter betraktas som vilken vara som helst som kan överlämnas till en marknad. Vi är principiellt inte emot att kompetent personal i egen regi utför uppdrag från det offentliga. Men däremot vänder vi oss starkt emot att skattemedel som återuppstår i form av

vinster överlämnas till anonyma aktieägare i riskkapitalbolag. Detta i synnerhet som det i Sverige inte finns någon lagstiftning som reglerar vinstuttag och återinvesteringar i vården.

En privatisering av psykiatrisk vård inleddes i Stockholms läns landsting (SLL) när Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade att upphandla vuxenpsykiatrisk öppenvård i två geografiska områden. I området Psykiatri Sydöst fick Carema uppdraget att driva landstingets tidigare mottagningar i Nacka, Tyresö, Värmdö, Haninge och Nynäshamn. Järvas tre mottagningar inom Psykiatri Norras ansvarsområde övertogs av Praktikertjänst AB vid samma tidpunkt, dvs 1 mars 2009. Året därpå privatiserades både öppenvård och frivillig slutenvård inom Psykiatri Nordöst.

Psykiatrins särskilda villkor

Utöver god kvalitet och kompetens i vårdinnehållet fordrar bra psykiatrisk vård en organisation som säkerställer kontinuitet i vårdkontaktarna. Ett fungerande samarbete mellan öppen och sluten vård och mellan frivillig vård och vård under tvång har erfarenhetsmässigt visat sig kräva mycket av personalens energi och tid. Redan på planeringsstadiet för en privatisering inser man arten och graden av de problem som uppstår när helt olika organisationer ska dela på ansvaret. Vidare har en kärngrupp av psykiatrins patienter svårt att handla rationellt över tid och behöver extra motivationsskapande insatser när de i perioder som en del

av sin sjukdom kan förlora förtroendet för vården.

En privat vårdgivare som är prestationsersatt och beroende av att uppnå vinstutdelningar till sina aktieägare kan ha svårt att avsätta tid för den lyhördhet som behövs och visa det tålmod som förtroendeskapande insatser bygger på. När en sönderdelning av vårdkedjan sker genom att delar av vårdprocessen drivs i privat regi som t ex vid enbart upphandling av öppenvård eller frivillig vård omintetgörs kontinuitetsperspektivet. Dessa synpunkter är väl kända i psykiatrin och måste självklart beaktas i diskussioner och avtal med fristående entreprenörer.

Landstinget utvärderar

Utvecklingsavdelningen inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSNf) har i slutet av 2010 kommit ut med en rapport: ”Uppföljning av upphandlingar inom vuxenpsykiatri” (1). Eftersom tyngdpunkten för utvärderingen i rapporten främst ligger på Psykiatri Sydöst och pga att vi båda varit verksamma i Sydöst ligger också vår granskning huvudsakligen på detta område.

Motiv för privatisering

Vi börjar med att granska de av HSNf angivna motiven för privatisering och vilka resultat som uppnåtts. Därefter tar vi upp problem som uppstått kring några frågor om etik, ekonomi och patientsäkerhet med återverkningar på den offentliga sektorn. Det är frågeställningar som inte beaktats av HSNf:s eller av SLSO:s (Stockholms

läns landstings sjukvårdsområde) ledningar varken innan eller efter privatiseringen.

1. Produktivitet och kostnadseffektivitet

I rapporten berörs skälen till att upphandlingar genomförts. Det framhålls att det fanns

”ej tillgodosedda vårdbehov” (sid 4).

Vidare sägs att

”en målsättning med upphandlingarna var att införandet av en mångfald av aktörer skulle fungera som en hävstång gentemot den landstingsdrivna vården genom att även den skulle effektiviseras och utvecklas” (sid 25)

I klarspråk säger HSNf här att de anställda inom den landstingsdrivna vården inte bedöms vara tillräckligt produktiva och att ett hot om privatisering skulle kunna sporra personalen att arbeta mer.

HSNf anser nu att denna manipulativa strategi har lyckats eftersom man för hela landstinget kan konstatera:

”I snitt ökade antalet fysiska besök (exklusive indirekta besök, telefonkontakter, uteblivna besök etc) med tretton procent inom vuxenpsykiatri. Motsvarande siffra var elva procent på Caremas mottagningar och sju procent på Praktiker-tjänsts mottagningar”.

och

”antalet individer som hade kontakt med den vuxenpsykiatriska vården ökade to-

talt sett med sex procent efter upphandlingarna.” För Carema ”var det en lika stor procentuell ökning... medan ökningen var något lägre för Praktiker-tjänsts mottagningar i Järva... de hade tre procent fler patienter.” (sid 18).

Det blev alltså den offentliga sektorn som bäst svarade upp mot HSNf:s förväntningar på denna ”hävstångens” strategi!

Nämnda procentsatser diskuteras inte närmare. Detta blir särskilt besvärande eftersom några data inte redovisas över patienternas vårdbehov/vårdtyngd, om besökens tidsåtgång, om avtalade produktionsvolymerna som varje organisation villkorlös tvangs uppnå för att få ekonomin att gå ihop.

Kan man ha använt sig av olika metoder i syfte att främja efterfrågan så att man kunde nå upp till de avtalade produktionsvolymerna/poängerna? Prioriterades t ex läkarbesöken som ger högre ersättningspoäng? Tvangs patienterna till onödigt korta och flera besök för utförande av enkla uppgifter som förlängning av recepten, sjukintygen etc, så att beställda produktionskvoter uppnåddes? Man får inte heller veta om produktionens ökning handlar om en trend över tiden eller om denna ökning började vid tidpunkten för privatiseringens införande.

En enligt oss mer realistisk förklaring till denna frammanade produktionsökning hos både privata och offentligdrivna organisationer framskyntar när HSNf skriver

”... kostnadmässigt fungerade upphandlingarna som en slags hävstång då det lägre poängpriset hos de privata vårdgivarna användes i Beställarens förhandlingar gentemot SLSO” (sid 27, vår understrykning).

Det här innebar att i samband med privatiseringen dumpades priserna för besöken och ungefär samma (lägre) priser infördes i både privat och offentligdrivna verksamheter. Detta trots att offentlig sektors uppdrag är av mera omfattande art med krav på utförande av icke inkomstbringande arbetsinsatser som med nödvändighet ökar organisationens totala kostnader.

När HSNf å ena sidan beställde högre volymer sänktes å andra sidan styckepriiserna. Följden kan ha blivit den att alla aktörer, oberoende av driftsform tvangs till att producera mer för att få ekonomin att gå ihop. Att denna framtvungade produktionsökning samtidigt skulle ha lett till en bättre vårdkvalitet framgår inte av rapporten.

En viktig konsekvens av att anlita privata aktörer, som i motsats till offentlig sektor måste göra vinster, framskyftar i rapporten. Det konstateras att

”antalet fysiska besök per patient som har en diagnos inom diagnosavsnittet F20-F29 (patienter med tyngre vårdbehov med schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom) ökade med ca 30 procent totalt sett i länet och med ca 15 procent på Praktikertjänsts mottagningar men minskade med ca 15 procent på Caremas mottagningar” (sid 19, vår inskjutna parentes).

Minskningen med 15 procent sker samtidigt som det av oklara skäl hos Carema har skett en ökning med tre procent av antalet patienter med en diagnos inom samma diagnosavsnitt. Kan detta tolkas som att en omfördelning av arbetsinsatser till fördel för patientgrupperna med mindre vårdbehov (som fått flera besök) har skett på bekostnad av den grupp som lider av allvarligare psykiatrisk problematik?

Kan fenomenet vara det samma hos de privata psykiatriska aktörerna som blev kritiserat i Vårdvalsreformen i Stockholm när det framkom att patienter med mindre behov prioriterades för att höga produktionskvoter skulle uppnås? (2) Caremas mottagningar bedöms ha en större tillgång till KBT som evidensbaserade behandlingsmetoder. Frågan är om ett i huvudsak KBT-inriktat utbud är mindre lämpat i arbetet med de långtidssjuka patienterna i öppenvård vilket i sin tur kan leda till att de får mindre besök? Eller är det snarare så att dessa behandlingsmetoder är extremt effektiva för just denna patientgrupp som nu kan behandlas med påtagligt färre besök? Ingen problematisering sker i rapporten.

2. Personalpolitik och vårdinnehåll

I intervjudelen av uppföljningsrapporten blir Caremas initiala svårigheter att rekrytera personal ursäktade med att landstingets personal förlorat sitt bud i upphandlingen och därför inte gärna ville ta en anställning hos entreprenören. En beställartjänsteman uttrycker det starkt och både respektlöst och

generaliserande:

”Och det blev faktiskt så att de som förlorade upphandlingen gentemot Carema obstruerade övergången för personalen till den nya vårdgivaren” (sid 11).

I botten på detta ligger istället väsensskilda uppfattningar om hur en allsidig psykiatrisk vård bör bedrivas. Carema intervjuade all landstingspersonal i öppenvården inför en eventuell anställning i den privata organisationen. Otoliga är de vittnesmål som beskriver en starkt profilerad hållning i dessa intervjuer hos den nya arbetsgivaren. Man ska här hålla i minnet att Carema vunnit upphandlingen på tre saker: utlovad produktivitet, tillgång till fler psykiatrer och en storsatsning på KBT som psykologisk behandlingsmetod. Redan i anställningsintervjuerna stod det klart att personal med annan kompetens än KBT inte skulle kunna räkna med något som helst utrymme för arbete som kunde utgöra ett alternativ till KBT. Direkt bortmotade blev personer som hade legitimation som psykoterapeut med psykodynamisk eller annan inriktning och oavsett grundutbildning. Det framkom öppet att i Caremas personalplan skulle på sikt antalet skötare, sjuksköterskor och socionomer/kuratorer kraftigt reduceras. På sikt innebar att man 2009 visserligen hade skyldighet att under det första verksamhetsåret ta över personal som visade intresse men att man därefter var fri att genomföra uppsägningar pga arbetsbrist. Den rigida hållningen kan illustreras med att den nya arbetsgivaren kunde förbjuda en medarbetare att på sin dörr presentera sig som leg psykoterapeut eller att

i tilltal till patienter uttala denna titel eftersom detta ”skulle ge fel signal”.

Att Carema hade hög KBT-feber var något som hade väckt upphandlarens stora entusiasm. Men att träffa avtal för ett så ensidigt behandlingsutbud på bekostnad av all annan beprövad, uppskattad och efterfrågad kompetens blev inte bara ett problem för patienterna utan även för Carema. Caremas förlust av goda krafter vid rekryteringen var självförvållad. Eftersom denna behandlingsfråga blivit så starkt fokuserad vid upphandlingen hade det varit självklart att landstingets uppföljning även på något sätt beaktat det här fenomenet inte minst ur kvalitetssynpunkt.

Dessutom visade det sig att man inte alls hade den tillgång till specialister i psykiatri som man utlovat. Antalet korttids-hyrdoktorer blev inte lägre än det antal som kom och gick i Sydösts organisation.

Inför privatiseringen har en rad frågor inte beaktats

Privatiseringen av Sydösts och Järvas mottagningar var den första i sitt slag och kommer säkerligen att få en stor betydelse för psykiatrins fortsatta utveckling i Storstockholm. Av HSNf:s uppföljning skulle man då förvänta inte enbart en allmän redogörelse och jämförelser av produktionsciffror utan också mer av en djupare analys av frågeställningar som förbisetts av både HSNf:s och SLSO:s förvaltningar.

1. Missbedömning av Psykiatri Sydösts situation inför privatiseringen

Skälet att välja privatisering av just mottagningarna i Sydöst anges å ena sidan ha varit en *"låg produktivitet"* (sid 11). Å andra sidan konstateras att Sydöst sedan tidigare *"är underförsörjd"* (sid 11). Två påståenden som har distinkta implikationer. Att Sydöst var underförsörjt överensstämmer väl med det som framkom i en tidigare HSNf-rapport (3). Enligt det behovsbaserade fördelningsindexet borde Psykiatri Sydöst ha haft 17 666 tkr mera än vad de fått.

På ett avslöjande sätt och i samstämmighet med det som HSNf redan angav 2006 skriver HSNf i den nu aktuella rapporten att det framkommit

"... i intervjuerna (som utgör en av rapportens delar) att Sydöst psykiatrin har varit underfinansierad och att beställarna utan upphandling hade varit tvungna att skjuta till mer pengar för att sydöstra psykiatrin skulle komma upp i samma resurser per invånare som andra områden" (sid 11, vår inskjutna parentes).

En "Beställartjänsteman" som interjuvas anger vidare:

"... för att de (Psykiatri Sydöst) skulle komma upp i samma resurser som andra områden så hade vi varit tvungna att skjuta till upp till en 30-40 miljoner, hade vi räknat ut. Så det var bl.a. av det skälet som vi körde en upphandling för att se vad en privat leverantör skulle kunna erbjuda" (sid 11, vår inskjutna parentes).

HSNf:s och SLSO:s ledningars sätt att ekonomiskt missgynna sina egna verksamheter blir tydligt illustrerad. När öppenvården övertogs av Carema blev Sydösts slutenvård kvar i landstingets regi. Samtidigt som Carema i sitt avtal med HSNf fick en 20-procentig ökning av beställda öppenvårdsbesök fick slutenvården handskas med ett 50 miljoners underskott. Med andra ord, den offentligdrivna delen av systemet fick hantera konsekvenserna av den genomförda privatiseringsprocessen medan HSNf:s och SLSO:s ledningar från parkett kunde iakttä skådespelen.

Låt oss vidta en självkritisk granskning på ett sätt som HSNf hade kunnat göra men som man helt avstod ifrån.

Acceptera utan invändningar att Psykiatri Sydöst inför upphandlingen 2008 hade en låg produktivitet i öppenvård som HSNf avsåg att råda bot på genom privatisering. Kunde inte denna låga produktivitet vara ett tecken på att organisationens öppenvård var överdimensionerad i förhållande till befintlig efterfrågan? Istället för att utgå från att de anställda inom öppenvården var arbetsskygga och lågproduktiva kunde man ha valt att "tro" på att medarbetarna mötte den befintliga efterfrågan. Men eftersom de var för många som arbetade på dessa mottagningar hade de en relativt sett låg produktivitet per behandlare. Mot bakgrund av att Psykiatri Sydöst i sin helhet var ekonomiskt "underförsörjd" och slutenvårdens del skulle få ett underskott på ca 50 miljoner efter privatiseringen borde man istället ha insett att det varit en fråga om ledarskap. Till följd av insuf-

ficiens i ledarskap, lokalt och centralt, hade man under årtal misslyckats med att åstadkomma en bättre fördelning av erkänt knapp resurser från en relativt sett överdimensionerad öppenvård till en helt underdimensionerad slutenvård. Mycket kanske berodde på ledningens oförmåga att ta itu med den lika väl kända än större obalansen i fördelningen av resurser mellan norr och söder i landstinget. Var det i detta perspektiv rimligt att utan en närmare granskning av helheten satsa på en effektiviseringsstrategi som innebar att man slog sönder en hel organisation?

Att Psykiatri Sydöst hade en underdimensionerad slutenvård var iögonfallande då organisationen förfogar över det lägsta antalet slutenvårdsplatser per 1 000 invånare inom länet och har lidit av en kronisk överbeläggningssituation som bara blev värre efter privatiseringen.

Samtidigt som det enorma underskottet måste hanteras fick den privata aktören Carema en påtagligt större beställning av öppenvårdsbesök, dock med ett lägre styckepris. På så sätt kan HSNf sen tillåta sig att förnöjt konstatera att med privatiseringen har man fått ”mera vård för pengarna”! Självfallet skulle det ha funnits anledning för HSNf att åtminstone försöka göra någon sorts granskning av kvaliteten i det som säljs och i det som patienterna tvingas köpa.

2. Valfrihet oavsett förutsättningar och enbart i den privata aktörens tjänst

I samband med att undertecknad (FC) tillförordnades som verksamhetschef för Psykiatri Sydösts kvarstående slutenvård omförhandlades 2009 års vårdöverenskommelse. Psykiatri Sydösts slutenvård fick då fullersättning för vård dagar motsvarande 58 vårdplatser helårsbeläggning. Detta trots att slutenvården enbart förfogade över 51 vårdplatser. I strid med arbetsmiljölagstiftningen blev det på så sätt en oacceptabel överbeläggningssituation som redan hade varit officiellt accepterad sedan 2008.

Under hela 2009 dvs efter privatiseringen har överbeläggningssituationen försämrats och det var vanligt förekommande att över 60 patienter var inlagda varje dag. Situationen var av sådan art att verksamhetschefen tvangs att be andra psykiatriska organisationer i Stockholm om hjälp med extra vårdplatser. Mot denna bakgrund är det häpnadsväckande att HSNf i sin uppföljning skriver att

”Även andelen patienter som skrevs in i slutenvården var på en relativt konstant nivå före och efter upphandlingen, vilket kan bero på att slutenvårdsplatser legat på en konstant nivå” (sid 25).

Utgår man från 51, 58 eller från 60 vårdplatser? Har man i övrigt räknat in de patienter som det blev nödvändigt att placera på Danderyds sjukhus inom Psykiatri Nordöst eller på Södertälje sjukhus? Dimman består symptomatiskt

nog också i att inget sägs om antalet vårdtillfällen. Sådana siffror skulle ju indirekt kunna belysa öppenvårdens effektivitet när det handlar om att ta hand om gruppen långtidssjuka med svårare symtom.

Inom ramen för valfriheten fick Carema möjligheten att ta emot patienter som valde Carema som vårdgivare och som bodde i andra psykiatriska organisationers upptagningsområden i Stockholm. Detta kunde anses vara i sin ordning under förutsättning att dessa patienter enbart behövde behandlingsinsatser i öppen vård. Mot bakgrund av Psykiatri Sydösts slutenvårdssituation uppstod en helt ohållbar situation när Caremas valfrihetspatienter behövde insatser från den slutenvård som redan var underdimensionerad för den egna befolkningens behov. Inför upphandlingen beaktades inte dessa aspekter av varken HSNf eller av SLSO och Psykiatri Sydöst tvangs att lösa problemet på egen hand!

Vidare blev de patienter som vårdas i slutenvården förbjudna att efter utskrivning söka sig till öppenvård hos Psykiatri Sydösts för ändamålet kompetenta slutenvårdspersonal. Detta trots att valfrihet enligt politiska intentioner ska råda i Stockholm. De personer som bor i Caremas upptagningsområde kan söka sig till vilken annan psykiatrisk organisation som helst i Stockholm men inte till Psykiatri Sydöst! Carema har fått ett monopol för öppenvård i området och den så omhuldade marknadsfilosofin ger här plats åt en oförklarlig protektionism eftersom Sydöst utslöts som konkurrent i öppenvård!

Problemställningar av den här typen har helt ignorerats inför upphandlingen och berörs sen inte heller i uppföljningsrapporten.

3. Juridiska, etiska och frågor om patientsäkerheten

Som en del av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (LPT) har chefsöverläkaren (chölen) ett sammanhållet juridiskt ansvar både för de patienter som tvångsvårdas i slutenvård och för de som tvångsvårdas i öppenvård. De insatser som är kopplade till LPT-permissioner eller öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) ska enligt lagen bedrivas i landstingets offentliga verksamhet. Chölen får inte delegera detta ansvar till specialitäläkare utanför landstingets egen organisation.

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 frivilligvårdad patient lämnar slutenvården ska han/hon hänvisas till den privata aktören som för Sydösts del getts monopol på öppenvård.

När det handlar om LPT-permissioner och om patienter som vårdas enligt ÖPT får chölen inte delegera vårdansvaret utan endast ge behandlingsuppdrag till den privata aktörens särskilt utsedda medarbetare. Dock är det chölen som ska närvara vid Länsrättens förhandlingar och är skyldig att fortlöpande ha insyn i hur öppenvårdsarbetet fortskrider i det enskilda fallet.

Även om den tvångsvårdade patienten hänvisades till Caremas mottagningar för öppenvård måste således enligt lagen ett dubbelt arbete utföras.

Utifrån sitt lagstadgade ansvar måste chölen autonomt avgöra rimligheten i att ge ett behandlingsuppdrag till en annan organisations medarbetare. Därutöver krävs ett stort ömsesidigt förtroende och en fortlöpande god kommunikation mellan de olika organisationernas företrädare. I de flesta ärenden som genom åren behandlats av Socialstyrelsen och/eller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har just brister i kommunikationen visat sig utgöra de största problemen ur patienträttssäkerhetssynpunkt. Det tycks finnas tillräckligt med problem även då den tvångsvårdade patienten endast har att göra med en organisation.

Från patienträttssäkerhetssynpunkt samt av hänsyn till den långtidssjuka patientens behov av relationskontinuitet är detta en helt otillfredsställande situation.

Vad som ytterligare tyngde situationen under 2009 var att Carema inte kunde garantera en stabil läkarförsörjning vid sina mottagningar utan istället måste anlita en rad inhyrningsläkare bl a från ”Rent-A-Doctor”, ett av Caremas ägda inhyrningsföretag. Trots att en av de uttalade anledningarna till privatiseringen av Sydösts mottagningar var just ”rekryteringsproblem i sydöstra länet” skriver HSNf i sin rapport att

”Intervjuresultaten visade på en stor personalomsättning (främst bland läkare) på

mottagningarna i sydöstra länet (efter privatiseringen) vilket innebär att en del patienter fick byta behandlare vilket skulle kunna tolkas som bristande kontinuitet” (sid 25, vår inskjutna parentes).

Därefter bortförklarar HSNf denna brist på kontinuitet som ett i sammanhanget irrelevant problem eftersom patienterna fortsatte att strömma till samma mottagningar personalomsättningen till trots! Kontinuiteten har inte med mänskliga relationer att göra utan syftar på patienternas relation till en lokalitet.

Av bl a dessa olika skäl beslutade understecknad dåvarande verksamhetschef att behålla både det juridiska och det behandlingsmässiga ansvaret för tvångsvårdade patienter inom Sydösts organisation. Det betydde att de patienter som vårdats under LPT inte blev hänvisade till Caremas privata mottagningar för öppenvård. Istället fick kompetenta kontaktpersoner verk samma inom slutenvården ansvara för kontinuiteten i dessa patienters vårdprocess. En hållning som stod i kollision med SLSO:s strävan efter politisk korrekthet och HSNf:s avsikt att enligt ett färdigskrivet avtal ge monopol i öppenvården till Carema. Under processens gång insåg HSNf att denna principiella och konsekventa hållning med full juridisk täckning också hade sitt berättigande.

En stark bekräftelse på detta inträffade i samband med omförhandlingen av 2009 års vårdöverenskommelse när Psykiatri Sydöst fick ett skriftligt ”Tilläggsavtal” med en avtalad prestations-

volym i öppenvården. Detta ”Tilläggsavtal” tvangs Sydöst att ge upp inför 2010 års vårdöverenskommelse.

Författarna till HSNf:s rapport skriver vid flera tillfällen att Sydöst lär ha inrättat en egen ”öppenvårdsmottagning” vid sidan av Caremas verksamhet. Implikationen är att den var otillbörlig och konkurrerande.

Detta förhållningssätt, som innebär att hålla sig helt ovetande om det komplexa i sakförhållandena, leder vidare till att någon förklaring inte ges till de oförutsedda problem som synliggjordes under processens gång.

Så skrivs till exempel under rubriken ”Diskussion/Analys” utan någon ingående diskussion:

”Svårigheter i samverkan mellan slutenvården i södra länet och Caremas öppenvårdsmottagningar lyftes fram i ett antal intervjuer - bland annat uttrycktes oklarheter kring ansvaret för LPT-patienter, vilka patienter som skulle vårdas på ”slutenvårdens öppenvårdsmottagning” i södra länet samt om Carema till en början hade tillräckligt med läkare för att kunna tillgodose patienters behov (bl a för förskrivning av läkemedel)” (sid 25).

4. Viktiga ersättningsfrågor

HSN har i sin vårdöverenskommelse med den privata aktören beviljat den ett totalt monopol i öppenvård. Enligt avtalet skall all typ av öppenvårdsarbete inom Sydösts upptagningsområde enbart kunna utföras av den privata aktören! Enbart den kan registrera och få ersättning för arbetsinsatser utförda i

öppenvården. Sydösts landstingsdrivna slutenvård tillåts bara göra slutenvårdsarbete och får enbart ersättning för vårddagar. Detta stämmer inte med vad som sker i verkligheten. Varken HSNf eller SLSO insåg detta från allra första början.

Varje gång som den privata aktören hänvisar en patient till Sydösts slutenvård för en inläggning måste Sydösts läkare göra en egen bedömning av vårdbehovet. Detta oavsett om patienten kommer med ett vårdintyg eller på frivillig basis. Innan dess kan en inskrivning/intagning inte ske. Per definition utförs detta arbete i öppenvård av slutenvårdens landstingsanställda läkare men under 2010 utan någon ersättning.

Varje gång som en patient blir utskrivet kommer han/hon i uppföljnings syfte och för fortsatt behandling att vara beroende av en avtalad besöks tid på någon av (den privata) öppenvårdens mottagningar. Denna återbesöks tid blir inte alltid bokad i direkt anslutning till utskrivningen. Under väntetiden mellan utskrivningen och mottagningsbesöket blir patienten beroende av slutenvårdspersonalens insatser i öppenvård. Återigen ett arbete som utförs utan ekonomisk ersättning. De gällande avtalen utgår från en rigid och felaktig föreställning om att den offentligt drivna slutenvården inte gör insatser i öppenvård och att öppenvård enbart kan ske på en mottagnings lokaler. Som framgår stämmer detta inte med verkligheten varigenom den offentliga sektorn blir ekonomiskt missgynnad av HSNf. Även om en vårdenhet i huvudsak får ett sluten-

vårdsuppdrag bör den också ges en avtalad prestationsvolym i öppenvård.

Utöver de utskrivna frivilligvårdade patienterna tillkommer det arbete som alltid skall ske genom uppföljningen i öppenvård av tvångsvårdade patienter.

5. Läkemedelskostnaderna i öppenvården

Att offentlig sektor subventionerar Caremas läkemedelskostnader beaktas inte av HSNf. Redan under 2009 beslutades det att 10 % av kostnaderna för läkemedlen som förskrivs i öppenvården belastar förskrivande organisations budget under 2010.

Under tiden som patienten är utskriven från slutenvården och väntar på återbesökstid i öppenvården måste han/hon få läkemedel som förskrivs i öppenvård av slutenvårdens läkare. Kommer slutenvården att från egen budget även fortsättningsvis stå för dessa kostnader som borde tillskrivas den privata öppenvården?

Sammantaget ges i avsnitten 4 och 5 ovan omfattande exempel på att privatiseringen medfört att den offentliga vården fått stå för vårdinsatser som inte ersatts. Problemet faller tillbaka på HSNf som inte förutsett situationen.

Till sist

Den politiska ambitionen för den påbörjade privatiseringen av psykiatri är mycket långtgående. Flera konkurrerande vårdaktörer är a priori av godo. Utveckling, förnyelse och förbättring bör ske av kvalitet, tillgänglighet, kontinuitet, patientinflytande, valmöjlig-

heter, effektivitet, tillgång till evidensbaserade metoder, samverkan och målgruppsanpassat vårdutbud. Den nu aktuella rapporten, som ska utgöra landstingets egen granskning av resurser man lägger på nya aktörer och nya verksamheter, är helt undermålig. Man har ingen dokumentation kring den förnyelse i verksamheter som den nya fristående aktören skulle bidra med.

Den stora bristen ligger också i att varken HSNf i sin rapport eller SLSO inför privatiseringen tar tillfället till några seriösa reflektioner kring de problem som följer av de långtgående utfästelser man gjort.

Referenser

- (1) Almkvist, I, Westling, K, Ängeslevä, J, Forsberg, B (2010) Uppföljning av upphandlingar inom vuxenpsykiatri. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting
- (2) Dahlgren, G Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. Socialmedicinsk tidskrift 2010:1
- (3) Allmänpsykiatri i Stockholms län. Uppföljningsrapport 2006- Stockholms läns landsting