

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 högkvarterfasoner. 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