



Riksförbundet för Social  
och Mental Hälsa

2010-05-11

## Yttrande över Slutbetänkande av utredningen om patientens rätt; Regler för etablering av vårdgivare, Förslag till ökad mångfald och integration i specialiserad öppenvård, SOU 2009:84

Lagen om vårdgivarersättning, LOVE omfattar specialiserad öppenvård (vård som inte är primärvård) och är tänkt att vara ett komplement till Lagen om valfrihet (LOV) och Lagen om upphandling (LOU). Förslaget går i korthet ut på följande:

- En ny statlig myndighet fastslår vilka verksamhetsområden och ersättningsnivåer som ska gälla.
- En vårdgivare som vill etablera sig söker tillstånd hos Socialstyrelsen, som efter kompetensprövning kan ge tillstånd.
- Vårdgivaren som fått tillstånd ansöker sedan om godkännande hos landstinget.
- Landstinget preciserar vilka villkor som ska gälla för verksamhetsområdet.
- Landstinget godkänner sedan samtliga vårdgivare som går med på villkoren och tecknar avtal med dem.

RSMH anser att utredningen tar upp viktiga frågor. En bättre ställning för patienten, ökad valfrihet, tillgänglighet och mångfald samt bättre förutsättningar för nytänkande i vård och omsorg är angelägna områden som behöver vidareutvecklas - inte minst inom det psykiatriska fältet. En annan målsättning är att vården ska ske i sammanhängande vårdprocesser och med bättre samverkan mellan vårdgivare.

RSMH har dock svårt att se hur förslaget till nya regler för etablering av vårdgivare ska kunna bidra till en sådan utveckling. Våra erfarenheter av de konsekvenser andra valfrihetsreformer (LOU och LOV) hittills har haft för våra intressegrupper tyder tvärt om på stora grupper fått försämringar. Den enkla parollen att patienter ska "rösta med fötterna" har inte fungerat som en kvalitetsutvecklande och effektiviserande mekanism. En bidragande faktor till detta är att man som vårdkonsument har små möjligheter att bedöma och jämföra olika vårdgivares utbud av insatser och dess kvalitet. Än mindre är konsumentens möjlighet att bedöma om det man får är prisvärt. Patienten som konsument har en svagare och mer utsatt ställning inom vården än konsumenter på sedvanliga marknader och

medicinska ställningstaganden och effekten av erbjuden vård är svår att bedöma ur ett patientperspektiv. Detta gäller all hälso- och sjukvård men i synnerhet inom det psykiatriska vårdområdet. När man inför valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården behövs därför en betydligt mer omfattande reglering, tillsyn och uppföljning än att lita till de sedvanliga marknadsmekanismerna.

Det är angeläget att verksamheten följs upp och utvärderas. För att uppföljning ska fungera effektivt är det nödvändigt att tillsynsmyndigheten och landstingen får tillgång till såväl erforderliga resurser som effektiva sanktionsmedel. Annars finns det risk för att allvarliga överträdelser inte kan beivras och att syftet med den föreslagna lagen inte uppnås.

Uppföljning och revision måste omfatta verksamhetens kvalitet (vilket även innefattar mänskliga värden som exempelvis inflytande, delaktighet, flexibilitet, helhetssyn, samverkan respekt samt bemötande och relation till patienten) och inte enbart de ekonomiska ansatserna. Idag saknas ofta tillräcklig kunskaper för att genomföra kvalitativ uppföljning. Sådan kunskap skulle i betydligt större utsträckning än idag kunna utvecklas i samverkan mellan landstingen och patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Goda exempel på sådant kvalitetsutvecklande arbete finns bland intresseorganisationerna inom psykiatriområdet.

För att möjliggöra bättre uppföljning och kontroll måste regler skapas som gör det möjligt för landstingen och tillsynsmyndigheten att kontrollera att vårdgivaren på ett tillfredställande sätt utför de insatser som man kommit överens om. Det bör därtill tillskapas ett regelverk som ger möjligheter att utkräva vite eller i sista hand utträde om vårdgivaren inte tillgängliggör de uppgifter som efterfrågas. Utan möjlighet till sanktion riskerar regeln i praktiken bli verkningslös.

Det är svårt att i förslaget se någon koppling mellan patients rätt att välja och etableringsfrihet för vårdgivare. En möjlig sådan koppling finns endast på de orter där många olika vårdgivare är intresserade av att etablera sig, det vill säga i storstädernas mer välbärgade områden. Exempelvis har "Vårdval Stockholm" framför allt inneburit mer vård till områden som redan tidigare var välförsedda med mottagningar samtidigt som flera mottagningar i låginkomstområden har lagts ner. Det befintliga taxestystemet för läkare och sjukgymnaster, LOL och LOS är ett annat exempel på hur etableringsrätten för privata specialister inom sjukvårdens leder till ojämlig fördelning av vård. Vi ställer oss tveksamma till att privat etablering kommer att gagna tanken om vård på lika villkor då det finns en uppenbar risk att nya etableringar centreras till befolkningstäta områden. Etableringar kommer att ske där det är lönsammast inte där de största behoven finns.

Hur skall man säkerställa att patienterna har tillgång till den vård de behöver och har rätt till - inte minst i glesbygd och i storstädernas låginkomstområden?

En annan svårighet är att se hur förslaget skall kunna leda till bättre sammanhängande vård- processer och ökad samverkan mellan vårdgivare. I den psykiatriska vården där den enskilde ofta behövs insatser från flera olika vårdgivare eller myndigheter samtidigt har valfrihetsreformerna istället försämrat situationen. Samordning och kontinuitet och helhetssyn har inte sällan gott förlorad. En ökad etablering av olika vårdgivare kan försvåra möjligheten att uppnå en sammanhållen vårdkedja - ju fler vårdgivare desto svårare blir samordningen.

En annat kritiskt moment i detta förslag liksom i LOV och LOU är ersättningssystemen. Formerna för hur insatser ersätts är ett viktigt styrinstrument. Idag saknas bra instrument för detta. Idag saknas också ersättningsmodeller som stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess. De befintliga modellerna motverkar snarare samvekan, helhetstänkande och arbete enligt nätverksprinciper. Det finns idag i mycket liten utsträckning några fungerande system för att stödja olika former av innovationer eller för att ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården utifrån erhållna resultat. Det beror bland annat på att verksamheten är komplex och mångfacetterad och svår att beskriva, dokumentera och mäta och dels på att kunskaperna på detta område fortfarande är mycket begränsade.

Ett annat problem med ersättningssystemen är att olika verksamheter inom vård och omsorg är kommunicerande kärl. Det vill säga att om insatser utförs mindre väl inom ett område så ökar behovet av insatser inom ett annat område. Inom det psykiatriska fältet finns flera exempel på detta. Om man bedriver öppen vård av god kvalitet, långsiktighet och i god samverkan med alla berörda minskar behovet av inläggningar i psykiatrisk heldygnsvård. Om man bedriver ett bra förebyggande arbete i minskar behovet av akuta brandkärsutrustningar. Valfrihetssystemen leder till att vården i allt större utsträckning utförs av olika offentliga eller privata vårdgivare och att kostnader flyttas över mellan dem. För att motverka att kostnader lämpas över på andra måste man utveckla ersättnings- och uppföljningssystemen där man kan precisera kvaliteten på insatsen – inte enbart att den i formell mening är utförd. Så länge sådana system inte finns utvecklade och används kommer någon konkurrensneutralitet inte att kunna uppnås mellan olika vårdgivare.

En uppenbara risk med det rådande ersättningssystemet är att förebyggande vård prioriteras ned. Andra verksamhetsområden där nya metoder och förhållningssätt håller på att utvecklas – men som ger dålig ersättning enligt prislistan – till exempel utvecklande av patientens inflytande och delaktighet i vården eller samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer – riskerar att rinna ut i sanden.

Ett annat problem med de befintliga ersättnings- och uppföljningssystemen är att de premierar kvantitet på bekostnad av kvalitet. Det vill säga att det finns ekonomiska incitament för att satsa på enkla, billiga eller mindre tidskrävande insatser medan incitamenten är svagare eller saknas för att satsa på komplicerade, dyrbara eller mer tidskrävande insatser. Detta drabbar i första hand patienter med kroniska, långvariga och allvarliga sjukdomstillstånd - det vill säga i nuvarande system olönsamma patienter. RSMH har fått flera rapporter om hur patienter/brukare med behov av omfattande vård- och stödinsatser drabbats av drastiska försämringar när valfrihetssystem kopplade till dåligt genomtänkta ersättningssystem har genomförts.

De vårdvalsmodeller som finns idag har inte varit föremål för någon uppföljning, analys eller utvärdering. Däremot har Läkareförbundet gjort en enkät till 700 läkare i de län som infört vårdvalssystem inom primärvården. Vi kan inte bedöma vetenskapligheten i denna undersökning men tycker ändå att den är intressant och ger en liten fingervisning om för och nackdelar med de införda systemen. I enkäten har man frågat efter läkarnas erfarenheter och synpunkter på vårdvalssystemet. En tydlig och mycket kraftfull kritik framkommer i enkäten. Kroniskt sjuka missgynnas, vårdvalet har inte möjliggjort en bättre vårdprocess eller gynnat samarbetet med länssjukvården, inte heller främjat det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, att vårdvalssystemet hotar kvalitén i vården långsiktigt samt att administration och byråkrati ökat markant med införandet av vårdvalssystemet.

RSMH finner det anmärkningsvärt att utredningen föreslår ytterligare en reform - lagstiftad etableringsfrihet inom den specialiserade öppenvården - utan att ha bättre på fötterna. När det gäller vård och omsorg talas det ofta om att alla insatser måste vara evidensbaserade – det vill säga visat sig ha fungerat och vila på vetenskaplig grund. Samma krav borde gälla för genomgripande organisationsförändringar.

Det finns många fler viktiga frågor och oklarheter i förslagets detaljer. Här följer några exempel:

- När kan ett landsting hindra en etablering eller utforma produktionsbegränsningar för en verksamhet?
- Vad kan utgöra grund för uteslutning av leverantör efter etablering?

- Hur avgränsas den föreslagna myndighetens roll, ansvar och befogenheter i förhållande till landstingen?
- Kan myndigheten när det finns anledning återkalla utfärdade tillstånd?

För Riksförbundet för Social och Mental hälsa, RSMH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kjell Broström', with a long horizontal flourish extending to the right.

Kjell Broström  
Intressepolitisk sekretare