



## Dynamiken bakom historien om en gränsomdragande reform.

# Den snabba avknoppningen av Maria-enheten<sup>1</sup>

KERSTIN STENIUS & JESSICA STORBJÖRK

*I artikeln analyseras de motiv och konflikter inom beroendevårdens organisation och i dess omgivning som utgjorde bakgrunden till privatiseringen av en landstingsägd missbruksenhet i Stockholm.*

### Bakgrund

Den svenska sjukvården har under de senaste åren fått ett ökande inslag av privata vårdgivare. Antalet anställda inom den offentliga sjukvården minskade med 65 000 mellan år 1993 och år 2000. Under samma tid ökade antalet anställda i privat, vinstdrivande sjukvård med 5 000. Privata huvudmän, framförallt aktiebolag, stod för något år sedan för drygt 3 procent av sjukvården, räknat i antalet anställda (SOU

2002:31). I vissa landsting, bland dem Stockholms, är andelen betydligt högre. Här var det under förra mandatperioden ett politiskt mål att öka andelen privata alternativ, bl.a. genom att uppmuntra personalen att ta över tidigare landstingsägda enheter. Privatiseringen i denna form har i Stockholms läns landsting (SLL) hitintills främst gällt primärvården, geriatriken och den öppna psykiatrin.

Kerstin Stenius. Docent, forskare, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD, Stockholms Universitet  
Jessica Storbjörk. Fil.kand, forskningsassistent, SoRAD, Stockholms Universitet

1 Vi tackar alla dem vi intervjuat för deras vilighet att dela med sig av sin information och speciellt Caroline Adamsson Wahren, Stefan Borg, Markus Heilig och Ulf Rydberg för att de dessutom kommenterat tidigare versioner av artikeln.

Den 1 april 2002 trädde ett avtal i kraft i SLL som innebar en privatisering på ett nytt sjukvårdsområde. Denna gång gällde det den landstingsägda Maria-enheten för vård av alkoholister och narkomaner, som avskiljades och bildade ett aktiebolag, som ägs av (en del av) den tidigare personalen.

Den politiska debatten om privata vårdgivares roll i sjukvården har pågått med viss intensitet under flera år (se bl.a. den statliga utredningen, »Vinst för vården« (SOU 2002:31)). Diskussionen har rört såväl hur stor andel av vården som ska bedrivas av privata vårdgivare, vilka vårdområden som lämpar sig för privatisering samt vad som kan bli effekterna av ett ökat privat inslag. Stockholm blev det viktigaste politiska slagfältet: för de borgerliga partierna (särskilt moderaterna) en ort där man i praktiken ville påvisa fördelarna med ett ökat antal privata alternativ, för socialdemokraterna och vänsterpartiet skräckexemplet på hur välfärdstjänsterna bryts ned på grund av privatiseringar.

Det vi nedan skall beskriva är dock en privatisering som inte stod högt upp på den politiska prioriteringslistan, och som inte föregicks av en offentlig debatt där motiven för reformen ventilerades – det var en avknoppning som i sin snabbhet överrumplade de flesta.

## Syfte och perspektiv

I denna artikel gör vi ett försök att analysera de motiv och konflikter inom beroendevårdens organisation och i dess omgivning som utgjorde bakgrunden till privatiseringen av Maria-enheten. Vi tror att många av dem kan ha mera allmän relevans för de orga-

nisationsförändringar som idag sker i den svenska välfärdsförvaltningen.

Organisationsforskningen har utpekat hälsovården som ett av de förvaltningsområden som befinner sig i ett permanent tillstånd av mångtydighet (se bl.a. March & Olsen 1976; Saltman & von Otter 1992). Målen för offentligt styrd välfärdsservice är oftast komplexa och till och med motsägelsefulla – resultaten av politiska kompromisser och allmänna, teoretiska uppfattningar om behov, snarare än preferenser uttryckta av individer. Det finns endast ofullständig kunskap om i vilka slags organisationer, med vilka medel eller insatser man skall nå de uppställda målen. De flesta organisationsmodeller strävar till en uppdelning mellan politisk målsättningsarbete, organisationsstyrning samt faktiskt servicearbete, vilket tyder på att det finns optimistiska föreställningar om möjligheten att definiera uppgifter med klara gränser. Alla dessa omständigheter leder till att organisationen ofta karakteriseras av svag ledning, irrelevanta morötter för de anställda, och en konstlat strikt arbetsfördelning vilket leder till spänningar mellan politik, förvaltning och vårdpersonal eller professioner (Saltman & von Otter 1992, s. 114-115).

Konflikterna kan bli särskilt häftiga på ett område som sjukvården, med en stark profession, läkarna. Mångtydigheten kan också ha stärkts av förändringar i »maktbalansen« inom just sjukvården under de senaste decennierna: patienterna, massmedia och medicinindustrin har fått större inflytande än tidigare (SOU 1999: 66). Vidare har ett ekonomiskt synsätt på styrningen av vården stärkts under 1980- och 1990-talen (SOU 2000: 38). Den

svenska sjukvården är idag uppbyggd enligt flera samtidiga organisationsprinciper; den demokratiska, med majoritetsbeslut, den byråkratiska, som bygger på styrning med lagar och regler, den professionella, där vissa yrkesgrupper styr organisationen i en hierarki (det kan finns flera parallella hierarkier) och marknadsprincipen, där prismekanismer och konkurrens styr (SOU 1999: 66). Dessa principer är inte alltid i harmoni med varandra.

Som Svedberg Nilsson (2000) påpekar är omorganiseringar eller administrativa reformer, också de gränsomdragande, såsom privatiseringar, sällan enbart resultat av rationella val och medvetna beslut hos politiker eller ledning. De påverkas bl.a. av professionella gruppers agerande, »underifrån« av de anställda, av förändringar i organisationens relationer till sin omgivning och av rådande idéströmningar. Allt detta leder till att »de som driver reformer inte behöver vara de som initierar dem, att omvärldens dominerande idéer och struktur har betydelse för vilka reformer som drivs och att förändringar i relationerna till omgivningarna kan medföra krav på införandet av en viss typ av administrativa reformer« (ibid., s. 233). Det är inte därför alltid lätt att utpeka vilka aktörer som egentligen ligger bakom specifika reformer. Detta utesluter dock inte, enligt Svedberg Nilsson (ibid.), att man ofta kan urskilja viktiga motiv eller skäl för reformerna.

Som vi kommer att se i det följande kan avknoppningen av Maria-enheten inte bara tillskrivas en medveten politisk privatiseringssträvan. Händelseförloppet påverkades också i hög grad av sparbetning, decen-

tralisering, en svag och osäker politikerroll, abrupta och återkommande organisationsreformer och inom-professionella strider som gav jordmån för förtroendeklyftor inom missbrukarvården. Avknoppningen var en reaktion på en komplex situation och olika konflikter, där delvis överraskande allianser uppstod, och organisationsförändringen kunde snabbt förverkligas, tack vare den beredskap i förvaltningen som byggts upp av den borgerliga landstingsmajoriteten och av en utbredd ideologisk acceptans av privata alternativ.

## Material och metod

Artikeln har uppstått inom ramen för projektet »Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling«. Tyngdpunkten i detta »socialekologiska« projekt ligger i strukturerade intervjuer med ca 2000 patienter och klienter i Stockholms läns missbrukarvård, såväl landstingets som socialtjänstens. Intervjupersonernas alkohol- och drogbruk och relaterade problem, väg till vården, förväntningar på vården och behandlingserfarenheter kartläggs, med en uppföljning efter ett år. Projektet syftar också till att analysera hur organiseringen av vården, särskilt formerna för samarbete mellan socialtjänsten och landstinget, påverkar vem som vårdas och vilken vård som ges (se vidare om studien i Palm & Storbjörk 2003; Palm 2003; Storbjörk 2003).

Avknoppningen av Maria-enheten skedde under datainsamlingsperioden och det var givet att vi måste värdera dess betydelse i vår studie. Vi inledde därför en datainsamling för att få en så

fullständig bild som möjligt av händelseförloppet, ursprungligen med syftet att få bakgrundsinformation för vår övriga data. Artikeln har därför delvis karaktären av undersökande journalistik. Den skrevs under sommaren och hösten 2002 och rörde sig nästan i realtid. Informanterna/nyckelpersonerna är utvalda för att spegla olika intressen och åsikter och är inte anonymiserade, vilket är ovanligt i forskningssammanhang.

Materialet för artikeln består av såväl intervjuer som skriftliga dokument. Vi strävade till att få en mångsidig bild av förloppet fram till avknoppningen och till att fånga de olika intressen som omgärdat processen. De politiska protokoll, tjänstutlåtanden, beslut, brev och anteckningar som berör beroendevården och dess organisation från mitten av 1996 och fram till nutid gick igenom. Materialet finns hos Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Vidare intervjuades (mestadels per telefon) politiker från olika partier och från de sjukvårdsområden som berördes av avknoppningen, cheferna för f.d. Beroendecentrum Nord (BCN) och Beroendecentrum Syd (BCS) samt chefen för den avknoppade Maria-enheten. Intervjuer gjordes också med personer som varit anställda på Maria-enheten men som lämnade den i samband med avknoppningen. Intervjuerna registrerades som regel genom anteckningar.

En tidigare variant av artikeln sändes för kommentarer till cheferna för BCN och BCS, samt till en forskare som intervjuats och en överläkare vid BCS som uttryckt intresse att få ge sina kommentarer. Materialet behandlades också muntligt på ett

forskarseminarium vid Stockholms universitet.

Vi inleder artikeln med en relativt detaljerad beskrivning av händelseförloppet för att därefter i diskussionen återkomma till det teoretiska perspektivet.

## Vad var Maria-enheten?

Maria-enheten har sitt ursprung i Maria-kliniken som grundades 1955 och drevs av Stockholms stad och nykterhetsnämnden. På mitten av 1970-talet övertogs driften av landstinget och 1980 blev kliniken integrerad i psykiatrins missbrukarvård (Bosiö & Sjöstrand 2002, int.). Enheten ligger på Södermalm i Stockholms innerstad och vid upprättandet av den särskilda beroendevården i landstinget år 1997 placerades Maria-kliniken i det södra av landstingets två beroendecentrum och blev därmed Maria-enheten Beroendecentrum Syd (BCS).

Totalt vårdades år 2001 i landstingets beroendevård 16 885 personer med missbruksproblem. Av dessa återfanns 4 807 vid Maria-enheten (Leifman 2002). År 2001 erbjöd enheten akut vård med en intagningsavdelning, alkohol- och drogavgiftning i heldygnsvård och fyra öppenvårdsteam för boende på Södermalm och i närområdena söder om Södermalm. Ett mobilt team och ett strukturerat öppenvårdsprogram för kvinnor med alkoholproblem var också knutet till enheten.

## Den organisatoriska ramen: Stockholmsmodellen

År 1992 införde den borgerligt styrda landstingsfullmäktige i Stockholms län

den s.k. »Stockholmsmodellen« inom SLL, en beställar- och utförarmodell<sup>1</sup>. Först i tur med denna organisationsförändring var akutsjukvården, därefter följde snart andra vårdsektorer. Efter valet 1998, som återigen gav SLL en borgerlig majoritet, antog fullmäktige riktlinjer för »mångfald i vårdproduktionen« år 1999. Enligt riktlinjerna var ambitionen att »skapa och vårda ett varierat utbud med en mångfald av vårdgivare och stor valfrihet för patienterna«. Politikerna utgick från att »konkurrens mellan olika vårdgivare om utvecklingen av vården ger högre kvalitet« (SLL, Landstingsrådsberedningen, landstingsstyrelsen, skrivelse 1999-05-26, s. 1). Sedan 1999 är således uppdelningen mellan vårdgivare och beställare tydlig i länet.

Förändringarna inom sjukvården under åren därefter var påtagliga, med bolagiseringar, privatiseringar och avknoppningar. Ett led i detta var bildandet av Mångfalds-

kansliet, som bl.a. ordnat »starta-eget-kurser« för de anställda inom vården som ville ta över vårdverksamhet och driva den i egen regi ([www.ls.sll.se](http://www.ls.sll.se)). I maj 2002 rapporterades att 150 avtal hade tecknats med avknoppade vårdbolag sedan 1999 samt att drygt 25 procent av vården i Stockholms län drevs av andra än landstinget ([www.sll.se/docs/w\\_mangfald/...](http://www.sll.se/docs/w_mangfald/...)).

Stockholms läns sjukvårdsorganisation var år 2001 komplex. Huvudbeställare av sjukvård var Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), vars politiker beställde vård för länets befolkning. Beställarorganisationen var ytterligare indelad i sex lokala sjukvårdsområden som fick sina ekonomiska medel av HSN, i form av anslag bl.a. för beroendevården, och med krav på redovisning av användningen, kvalitets- och tillgänglighetsgaranti (Eriksson 2002, int.). Sjukvårdsområdena hade egna, politiskt tillsatta, sjukvårdsstyrelser som utgående från en bedömning av vårdbehovet slöt avtal för den lokala befolkningens räkning, antingen med landstingets vårdproducenter eller med privata vårdbolag. Ett av de sex områdena var Södra Stockholms Sjukvårdsområde (SSSO) med 268 000 invånare. SSSO hade fram till år 2002 ett avtal om vård på bl.a. Maria-enheten.

På produktionsidan hade produktionsstyrelsen (politiskt tillsatt) det övergripande ansvaret för driften av den vård som bedrevs av landstinget, inklusive beroendevården. Produktionsorganisationen var indelad i tre produktionsområden, Norra länets, Stockholms och Södra länets produktionsområden ([www.sll.se/w\\_prs...](http://www.sll.se/w_prs...)).

---

1 Begreppet beställar-utförarmodell (BUM) syftar på ett, eller snarare olika, lokalt varierande, sätt att organisera förvaltningen och dess förhållande till andra producenter av varor eller service. BUM bygger på tre idéer: affärsmässighet och konkurrens, separering av politik och produktion och skapandet av en ny politikerroll (Blom 1998). Det finns ingen egentlig teori bakom BUM eller köp-sälj, som är en mera begränsad variant av BUM, utan snarare ett antal doktriner som väntas leda till framgång (Montin 1995). Två huvudmotiv för BUM kan urskiljas: att politikerna ska bli mera självständiga i förhållande till tjänstemännen, och därmed stärka sin roll som målformulerare och utvärderare och att produktionen ska bli mera fri från politisk detaljstyrning, för att bli flexiblare (jfr Stenius 1999, s. 147-148)

## Två beroendecentra år 1997

Landstingets missbrukarvård i Stockholm var vid 1990-talets början uppsplittrad på sju basenheter. En reform av vården var på tapeten under hela 1990-talet. Det ansågs önskvärt med mera samordning mellan de sju beroendeklinikerna beträffande såväl sjukvård, undervisning som forskning (U. Rydberg 2002). När beslutet om 1996 års budget för hälso- och sjukvården fattades gav landstingsfullmäktige HSN i uppdrag att genomföra en översyn av den specialiserade beroendevården. Ett starkt argument för en reform var att beroendevårdens kostnader borde minska med ca 50 miljoner under åren 1996-1998 (SLL, HSN, tjänsteutlåtande 1996-11-27).

En reform drevs också slutligen igenom efter en politisk utredning (Borg 2001, int.). Utredningsarbetet genomfördes i samarbete mellan landstinget och kommunerna och kom igång i september 1996. Det fanns en positiv och enig inställning bland politikerna till att utveckla lokala mottagningar för beroendevård och till att landstingets verksamheter skulle närma sig kommunerna (Parlamentarisk ledningsgrupp... 1997-01-27). Genom att decentralisera vården och samtidigt slå ihop klinikerna till två block trodde man sig kunna spara pengar.

Redan från den 1 januari 1997 organiserades således den specialiserade beroendevården i två beroendecentra. Driftansvaret för BCN ålades Centrala Stockholms sjukvårdsområde (CSSO) medan ansvaret för BCS föll på Södra Stockholms sjukvårdsområde (SSSO) (SLL, HSN, 14/1996). De största klinikerna, Magnus Huss på

Karolinska sjukhuset, S:t Göran och Sabbatsberg, kom att tillhöra BCN, medan BCSs område inbegrep Mariakliniken och Huddinge sjukhus. Stefan Borg, med hemvist på S:t Göran, blev chef för den norra delen, medan Markus Heilig, som tidigare verkat på Magnus Huss, blev chef för det södra området.

Orsaken till att beroendevården delades i en nord- och en syddel, i stället för att man skapade en enda organisation, var delvis vårdpolitiska realiteter. Av tradition har södra länsdelen varit den fattigare, med den tyngsta problematiken. I syd var man rädd att bli överkörd i en sammanslagen organisation och det tycktes inte politiskt möjligt att bortse från motståndet i syd (Ågren 2001, int.). Några forskare framhävde också att det var viktigt att ha två beroendecentrum för att ha möjligheter till kontrollerade studier av värdeffekter (U. Rydberg 2002).

## En gemensam – men kraftlös? – policy

Reformen syftade till att stärka samverkan mellan vårdhuvudmännen på lokal nivå, och i utredningen försökte man tydliggöra ansvarsförhållanden och gränser mellan kommun och landsting (Slutrapport... 1998). Kommunförbundet Stockholms län (KSL), kommunernas socialtjänst och landstinget godkände alla en samverkanspolicy med mål, strategier och arbetsfördelningsprinciper (Kommunerna, landstinget och... ; Sammanställning av kommunernas...1997). Med tiden visade det sig, enligt den parlamentariska ledningsgrupp som ledde reformarbetet, att vissa delar

av länet, framförallt inom BCS, inte följde decentraliseringsdirektiven (Jensen 2001, int.). Det fanns flera orsaker till detta (se nedan).

Reformarbetet följde den decentraliseringstrend som blivit mer och mer framträdande inom sjukvården under senare år (Sammanställning av sjukvårdsområdenas... 1997). Det har påpekats av forskningen att decentraliseringstendensen inte bara styrs av demokratiargument utan också starkt av ekonomiska argument (Ginsburg 1995). I en kartläggning vid reformarbetets början, framkom att insatser i öppenvård med korta episoder i slutenvård redan då i praktiken ofta prioriterades (Slutrapport... 1998). Det fanns, som nämnts, en politiskt positiv inställningen till lokala öppna mottagningar (Parlamentarisk ledningsgrupp... 1997-01-27) i både kommuner och sjukvårdsområden. Sjukvårdsområdena menade att policydokumentet speglade »de senaste årens utvecklingslinjer inom beroendevården och redovisar i många stycken aktuell kunskap och moderna attityder till beroendetillstånd« (Sammanställning av sjukvårdsområdenas...1997, s. 1). Birgitta Rydberg (fp), medlem i reformarbetets parlamentariska ledningsgrupp, hävdade dock att det krävdes stränga skrivelser, eftersom beroendevården tidigare inte varit villig att arbeta lokalt (Parlamentarisk ledningsgrupp... 1997-03-17). Här uttrycks från politiskt håll en misstro mot landstingets professionella ledning<sup>2</sup>.

---

2 Enligt några av denna lednings sagesmän ger detta inte en korrekt bild av situation. Under 1970-talet var det enligt Ulf Rydberg (2002) socialtjänsten som ville lägga ner gemensamma

## Medvind i BCN, motstånd i BCS

Reformen medförde totalt sett den önskade reduktionen av antalet vårdplatser för hel- dygnsvård för vuxna missbrukare. Inom de två beroendecentra gick dock utvecklingen åt olika håll. 1997 hade BCN 144 och BCS 94 vårdplatser. 1998 var motsvarande siffror 104 (inklusive Maria Ungdom och det särskilt anslagsfinansierade metadonprogrammet) och 120 (Slutrapport... 1998). Utvecklingen i nord och syd beskrivs i ett antal lägesrapporter och slutsatserna är de samma: Utbyggnaden av lokala mottagningar framskrider i norra men inte i södra länsdelen (se bl.a. Slutrapport... 1998, Beroende- och missbrukarvård... 1999, Anderzon 2000).

I BCN lade man redan under 1997 ned vissa resurser som betraktades som dubbelrade och lokala mottagningar byggdes upp. Utlokaliseringen uppfattades huvudsakligen positivt av BCNs personal, enligt den uppföljningsrapport som sammanställdes år 1999 för KSL och HSN. Inte heller rapporterades i norr några svåra rollkonflikter mellan landstinget och socialtjänsten (Anderzon 2000).

I BCS gick utvecklingen långsamt och ännu år 2000 saknades lokala enheter med samarbete med socialtjänsten på de flesta håll. Både landstingets beställare och några kommuner uttryckte sitt missnöje med BCS som man uppfattade motsatte sig modellen (Anderzon 2000). På lokal nivå noterades

---

lokala mottagningar. Heilig (2002) uttrycker även att samarbetsklimatet från socialtjänstens sida efter bildandet av Beroendecentrum Syd var under all kritik.

rollkonflikter mellan socialtjänst och landsting vad gällde utredningsarbete och samtalskontakter (ibid.). Från en stadsdel i Södra Stockholm meddelades att försök till samarbete med Maria-enheten hade misslyckats (Beroende och missbrukarvård... 1999, s. 21).

Till sitt försvar anförde beroendevården i den södra länsdelen flera argument såsom att en förutsättning för god lokal samverkan också är en fungerande slutenvård (Slutrapport 1998; Sammanställning av kommunernas... 1997). Dessa betänkligheter tycktes besannade när kommuner i den norra länsdelen år 2000 rapporterade att det blivit svårare att få in patienter för avgiftning och att de låg inne för kort tid för att bli återställda (Anderzon 2000). BCS försvarade sitt motstånd mot reformen med att lokala enheter var små och sårbara vid personalomsättning, sjukdom och ledighet. En central och sammanhållen klinik som klarade semestrar och kunde utveckla nya behandlingsmetoder behövdes. Ett ytterligare argument för en centraliserad vård var att kunskapen om patienterna på en liten enhet med hög personalomsättning blev dålig (Anderzon 2000). BCS hade också svårigheter att klara sina åtaganden på grund av läkarbrist (Beroende och missbrukarvård... 1999).

Markus Heilig, BCSs chef, var medveten om att basen i vården skulle utgöras av lokala integrerade enheter, men konstaterade att startsträckan var lång i syd. Det fanns, bl.a. på Maria-enheten, en vilja att behålla strukturen som den varit. Heilig påpekade att det är »ett psykologiskt problem för stora personalgrupper som arbetat på ett visst sätt under många år och pro-

vocerande när inriktningen på arbetet ska ändras« (Parlamentarisk ledningsgrupp... 1997-10-06, s. 2-3).

Uppbyggnaden av de lokala mottagningarna i den södra länsdelen sammanföll med uppbyggnaden av hela BCS (Anderzon 2000). Inför reformarbetet 1997 konstaterades att vårdresurserna var ojämnt fördelade mellan den norra och södra regionen samt att den beroendevård som fanns i syd till största delen saknade forskningsanknytning (Forskning, utbildning...1996-10-21) vilket också försvårade rekrytering av läkare till BCS. En satsning på decentraliserad öppenvård kunde anses stå i konflikt med detta behov.

Reformen 1997 hade också inneburit särskilt stora omstruktureringar på Maria-kliniken, vilket kan ha ökat motståndet mot ytterligare reformer. Bl.a. överfördes en narkomanvårdsklinik från Sabbatsberg till den nya Maria-enheten, som tidigare bara vårdat patienter med alkoholproblem. Den parlamentariska ledningsgruppen anade också att Maria-enheten skulle behöva förändra sin verksamhet mest för att etablera lokalt arbete på kommun och stadsdelsnivå i öppen vård (SLL, HSN, Tjänsteutlåtande 1996-11-29, s. 5).

## **Professionell strid om vårdpolitik och resurser**

Man kan också tala om två olika synsätt på vårdorganisationen inom landstingets beroendevård, ett fanns inom BCN med Stefan Borg i spetsen, och ett inom BCS med Markus Heilig.

Heilig skulle helst ha utvecklat vården genom ett förstärkt samarbete med och



inom psykiatri (Heilig 2001, int.), med starka sjukhusbaserade enheter. För honom var psykiatrireformen, där en stor del av slutenvården lades ned, ett exempel på att de allra svagaste drabbas av en decentraliseringspolitik som framförallt föranleds av politikernas sparkrav (ibid.). Stefan Borg, å sin sida, representerade det synsätt som politiskt hade mest genomslagskraft. Han ville urskilja Beroendevården från psykiatri och decentralisera den till små enheter som arbetade ihop med socialtjänstens missbrukarvård. Med separeringen hoppades Borg och hans meningsfränder kunna undvika att missbrukarvården skulle bli en konjunkturutjämnande faktor i en större psykiatriorganisation. Dessutom menar han att lokala mottagningar har större möjligheter att nå de missbrukare som inte själva tar kontakt, vilket är viktigt »ur folkhemssynpunkt« (Borg 2001, int.).

Utöver decentraliseringsfrågan har ett ständigt återkommande tvisteämne mellan BCN och BCS varit de ekonomiska resurserna. BCS har känt sig förfördelade. Bland vissa politiker, bl.a. hos Brit Rundberg (vp) (2:a vice ordförande HSN) (2002), finns det också en tro att syd har varit den ekonomiska förloraren<sup>3</sup>. Vid bildandet av BCN och BCS var ett av skälen till att ålägga det Södra sjukvårdsområdet driftansvaret för BCS »att den största gruppen tunga missbrukare bor i det södra sjukvårdsområdet.«

3 Det är inte helt lätt att dokumentera hur situationen faktiskt är. Beställningarna år 1997 uppgick i norr till 139 870 tkr jämfört med 192 000 tkr i syd. 1998 var motsvarande siffror 149 200 tkr för nord och 163 873 tkr för syd (Slutrapport... 1998). Skillnaderna i anslagsstorlek mellan de tv delarna hade således minskat.

(SLL, HSN, Tjänsteutlåtande 1996-11-29, s. 5).

Enligt BCS borde vidare det forskningsekonomiskt tunga metadonprogrammet, förlagt i BCN, ha delats upp på nord och syd. Ett argument var att huvuddelen, ca 75 procent, av patienterna i programmet bodde i södra länet (Anderzon 2000). Forskningstraditionen var, som nämnts, svagare i BCS. 1997 konstaterade Heilig att sydsidan av 300 anställda endast hade två disputerade (Parlamentarisk ledningsgrupp... 1997-10-06). På sydsidan menade man att om metadonprogrammet med dess särskilda anslag (50 miljoner kronor) delvis placerades i BCS skulle det ge forskningsmöjligheter och därmed underlätta rekryteringen av läkare (Anderzon 2000; Heilig 2001, int.).

## Sparbeting tunga för personalen

I BCN hade man således något lättare att rekrytera personal, medan BCS drogs med ständig personalbrist (Anderzon 2000). Reformen av beroendevården 1997 var dock påfrestande på personalen i både nord och syd. Sparbetinget var hårda och under 1,5 år minskade personalen bara i BCN från 700 till 450 (Borg 2001, int.). Det minskade antalet avgiftningsplatser upplevdes som ett problem och personal i både BCN och BCS vittnade om mer nedgångna och somatiskt sjuka patienter (Anderzon 2000). Personalen var upprörd över nedskärningarna, men påverkades också av att »det sociala mönstret på arbetsplatserna slogs sönder« när man flyttades ut till de små, decentraliserade enhe-

terna (Borg 2001, int.). Småningom tycktes situationen bli bättre i BCN, man kunde rekrytera personal som var positiva till det decentraliserade arbetet (Anderzon 2000). I BCS hade man större problem. Man var tvungen att stänga en nyöppnad lokal mottagning, eftersom man inte kunde bemanna den. Intresset bland personalen att flytta ut från de centrala klinikerna var lamt. Den personal som flyttades ut slutade oftast (Anderzon 2000).

### **Abrupt sammanslagningsbesked möter opposition**

Redan vid bildandet av de två beroendecentra 1997 var landstingsledningen förvånad över reaktionerna från personalens sida. Birgitta Rydberg (fp) menade att »en organisatorisk fråga borde inte väcka så starka känslor som denna gör« (Parlamentarisk ledningsgrupp... 1996-12-04). Faktum var ju dock att också denna reform, liksom den år 2001, genomfördes mycket hastigt (se ovan) och knappast hann förankras hos personalen (U. Rydberg 2002; Heilig 2002).

Beroendevårdens personal fick tre och ett halvt år på sig att försöka bygga upp en fungerande organisation, tills det var dags igen.

Den 1 april 2001 slogs Norra Stockholms produktionsområde i landstinget, med bl.a. BCN, och Södra Stockholms produktionsområde, som följaktligen svarade för driften av BCS, samman till Stockholms produktionsområde. Drygt tre veckor senare fick förvaltningschefen i uppdrag av landstingets produktionsstyrelse att se

över beroendevårdens organisation (SLL, Produktionsstyrelsen, 4/2001). Resultatet blev inte någon utförlig utredning, utan ett mycket kort tjänsteutlåtande (1,5 sida, sic!) från produktionsstyrelsen förvaltningschef redan den 11 maj (SLL, Produktionsstyrelsen, Tjänsteutlåtande 2001-06-18). I tjänsteutlåtandet fastställdes att de två beroendecentra arbetat på delvis olika sätt. BCS hade »tvingats prioritera den akuta vården och inte kunnat bygga ut den öppna lokala vården i samma omfattning som BCN« (ibid., s. 1). Med en hopslagning av beroendevården hoppades man möjliggöra en utbyggnad av den lokala verksamheten även på sydsidan (ibid.).

De socialdemokratiska ledamöterna i produktionsstyrelsen, samt vänsterns och miljöpartiets representanter, yrkade på återremiss. De menade att beroendevården nyss genomgått en omfattande reform som borde få finna sin form och utvärderas, samt att ärendet beretts alltför snabbt (se reservationer till SLL, Produktionsstyrelsen, 6/2001).

Men beslutet fattades ändå att BCN och BCS skulle slås samman till en organisation inom Stockholms produktionsområde från den 1 september 2001. Stefan Borg utsågs till chef för hela Beroendecentrum Stockholm (SLL Produktionsstyrelsen, 6/2001, § 6, 2001-06-19).

Även om sammanslagningsplanerna inte var helt oväntade (de facto förutspådde Markus Heilig denna möjliga utveckling i en intervju ett halvår innan, Heilig 2001) kom beslutet plötsligt och först i slutet av maj till BCSs chefs, Markus Heiligs, kännedom (Adamsson Wahren 2002). Detta var endast en dryg vecka innan en personalför-

handling skulle hållas om saken. Reaktionen i BCS var upprörda (ibid.).

Vid ett möte i juni föredrog produktionsdirektören sammanslagingsärendet för Södra Stockholms sjukvårdsstyrelse. Styrelsen uttryckte då oro över vad en sammanslagning kunde medföra och gav enhälligt, över partigränserna, sin förvaltning i uppdrag att undersöka om det fanns intresse att driva beroendevården i södra länsdelen i annan form (SLL, SSSO, Tjänsteutlåtande 2001-08-01).

### **Det uppdukade alternativet: avknoppning**

Före midsommar genomfördes en enkätundersökning bland all personal inom BCS om en eventuell privatisering (Voltaire Carlsson 2002, int.). Vid Maria-enheten var den överväldigande majoriteten av de svarande positivt inställda till tanken att driva verksamheten vidare i privat regi, medan svararna på Huddinge-enheten fördelade sig jämnt mellan ja och nej. Därefter genomförde en liten grupp i personalen på Maria-enheten en enkät bland de anställda på Maria-enheten om huruvida de ville »vara med om en avknoppning« eller inte. En klar majoritet svarade »ja« (ibid.).

Redan i slutet av juni vände sig därefter en grupp inom personalen vid Maria-enheten till Landstingskontorets Mångfaldskansli med en intresseanmälan om avknoppning (SLL, SSSO, Tjänsteutlåtande 2001-08-01). Anmälan behandlades i rask ordning av Mångfaldskansliet, som bedömde att Maria-enheten var lämplig för avknoppning och alltså kunde bilda ett personalägt aktiebolag. Eftersom också

beställaren (SSSO) var intresserad hjälpte kansliet styrgruppen, bestående av personal från Maria-enheten, att utforma en affärsplan (Lundin 2002, int.).

Normalt tas flera anbud in när en verksamhet ska upphandlas (www.sll.se/w\_mangfald...). Beställaren kan dock besluta om direktupphandling om det antingen är brådskande att inleda verksamheten (offentlig upphandling tar tre månader) eller om beställaren bedömer att ingen annan är intresserad av att driva verksamheten. I det här fallet hade förvaltningen gjort den sistnämnda bedömningen (SLL, SSSO, Tjänsteutlåtande 2001-08-01): »Inga andra anbudsgivare är tänkbara i Sverige.«<sup>4</sup>

I augusti föreslog alltså förvaltningen för SSSO också att den frivilliga beroendevården skulle direktupphandlas från det avknoppade bolaget och att verksamheten skulle övergå till det nya bolaget från den 1 januari 2002. Knappt fyra månader från det att landstinget beslöt utreda en eventuell sammanslagning av beroendevården, och ungefär två månader från det att ett förslag om avknoppning lades fram, var man färdig att fatta beslut om privatisering.

### **För och emot hos pressad personal**

På Maria-enheten talas det ibland om att man har en särskild sammanhållning, som

---

4 Juridiskt är detta ett förfarande som är öppet för tolkning, menar Kjell Lundin på Mångfaldskansliet (2002, intervju). Han anför dock att det i Danmark och södra delarna av EU är regel att inte göra en offentlig upphandling om personalen vill ta över en verksamhet.

uppstått genom att många arbetat länge på enheten. Önskan att bevara arbetslaget var kanske också en bidragande orsak till att de flesta var positiva till en avknoppning. Den snabba processen vid beslutet att samman slå BCN och BCS och bristen på information uppfattades inte som särskilt demokratiskt av stora delar av personalen i BCS (Voltaire Carlsson 2002, int.; Adamsson Wahren 2002, int.; Rundberg 2002, int.). Detta kan också ha bidragit till en önskan att frigöra sig från landstingets ledning.

För en del av personalen blev dock turbulensen för stor. Sjukvårdsområdet konstaterade att »i väntan på ett personlövertagande har ett antal nyckelpersoner avslutat sin anställning vid BCS« (SLL, SSSO, Tjänsteutlåtande 2001-08-01). Detta gällde inte bara Maria-enheten utan hela BCS. Enbart på Huddinge slutade nio överläkare, specialister eller forskare sedan Markus Heilig inte längre var högsta chef (U. Rydberg 2002).

Somliga anställda var oroade över vad avknoppningen skulle innebära. Delar av personalen vände sig till politikerna med oro och bekymmer (Kull 2002, int.; Rundberg 2002, int.). Några bland den personal, som senare lämnade Maria-enheten, upplevde ett obekvämt normtryck att understöda privatiseringstanken och bli aktieägare i det nya bolaget. De kritiserade enkätundersökningen under juni månad för att inte tillräckligt garantera svararnas anonymitet. De tyckte inte heller att de fick tillräckligt med information om vad en tillhörighet till det nya Beroendecentrum Stockholm, som ett alternativ till privatiseringen, skulle innebära. Det ryktades bl.a. om att Maria-enheten eventuellt skulle

läggas ned (Åsell 2002, int.; Oscarsson 2002, int.). Ett sådant rykte kunde få tvivlare att ansluta sig till privatiseringstanken som en räddningsoperation.

Personalen på Hållpunkt Maria och mobila teamet valde efter egen omröstning att gå över till Beroendecentrum Stockholm. Lotta Lindström (2002, int.), chef för de två enheterna, tyckte inte att man kan säga till missbrukare på gatan att man kommer från ett privat bolag.

## Privatiseringsideologins dominans

En anledning till att avknoppningsprocessen gick så snabbt var att privatisering av vården redan stod högt på den borgerliga politiska majoritetens politiska agenda i SLL.

Alla de tre borgerliga partierna deklarerade att de strävade bort från en situation med ett offentligt monopol. I Folkpartiets och Kristdemokraternas program talade man om vikten av lika villkor för privat och offentlig vård ([www.folkpartiet.net](http://www.folkpartiet.net); [www.kristdemokrat.se](http://www.kristdemokrat.se)). I en intervju om privatiseringen av Maria-enheten menade kristdemokraternas Dennis Brinkebäck, politiker från Södra sjukvårdsområdets styrelse: »Mycket tyder på att det blir bättre om man privatiserar, det blir effektivare. Många utredningar visar att personalen trivs bättre i privata företag. Det offentliga är den sämsta arbetsgivaren.« (Brinkebäck 2002, int.).

Moderaternas partiprogram uppger en strävan till »fler privata alternativ i vården för att skapa bättre och effektivare vård samt bättre arbetsmöjligheter och villkor

åt personalen« (www.moderat.se...). Vad gäller missbrukarvården anförde Marie Johansson (m), ordförande i SSSO, i en debattartikel sedan privatiseringsbeslutet fattats, att »Det är viktigt för patienterna att det finns flera vårdgivare och viktigt för all personal med olika arbetsgivare att välja emellan. Mångfald gynnar kvalitet, kreativitet och ger reell valfrihet. Hittills har vården av missbrukare varit undantagen från denna valfrihet. För några månader sedan bestämdes att landstingets två beroendeenheter skulle slås ihop till en enhet. I södra Stockholms sjukvårdsstyrelse tyckte vi inte att det var bra för vården att på det sättet skapa ett monopol som inte skulle släppa fram olika vårdideologier.« (Dagens medicin 2001-12-04). Även i Sydöstra sjukvårdsområdet välkomnade ordföranden Monica Karlsson (m) (2002, int.) alternativa driftsformer och tillkomsten av flera vårdproducenter.

Socialdemokraterna, å sin sida, har haft en mera kritisk, men inte helt negativ, inställning till privat vård. I partiets 10-punktsprogram för landstinget hette det våren 2002 att man vill »Utveckla vuxenpsykiatri i offentlig regi, med öppenvård, slutenvård och beroendevård.« (Rapport från Socialdemokraterna...2002, s. 19). Man såg privatiseringen av Maria-enheten som en risk för ökad ojämlikhet i vården. De privatiseringskritiska socialdemokraterna uttryckte oro över att »när verksamheten privatiseras blir det svårare att vidta åtgärder för personer med tyngre missbruksproblem« (ibid., s. 13). Dessa ord härstammade ursprungligen från Markus Heilig, BCS, men citerades av socialdemokraterna (ibid.). Partiet tog särskilt fasta

på att det privata bolaget inte kan bedriva tvångsvård enligt LPT (Rapport från Socialdemokraterna... 2002). Vidare sade man att det är i de södra länsdelarna som missbruksfrekvensen är högst och där hälsoklyftorna i allmänhet ökar. »Förslaget om sammanslagningen och avknoppningen av BCS är olyckligt då det ytterst drabbar de medborgare som inte självmant uppsöker vården« (ibid., s. 13).

Men det socialdemokratiska motståndet mot privatiseringen var inte helt kategoriskt. »Vi är inte emot privat verksamhet i princip«, menade andre vice ordförande i Södra sjukvårdsområdets styrelse, Per-Erik Kull (2002, int.). »För att behålla beroendeverksamheten i området var vi beredda att pröva olika driftsformer«. För Kull var det stora problemet med avknoppningen av Maria-enheten att den gick för fort och att man inte hann utreda om eller hur det skulle ha kunnat fortsätta i offentlig regi.

Mest negativt reagerade vänsterpartiet. I tidningen »Dagens medicin« skrev Brit Rundberg (vp): »Systemskiftet i Stockholms läns landstings sjukvård rullar på med ideologiskt betingad konkurrensutsättning och privatiseringar. Snabbast och mest konsekvent har den borgerliga majoriteten varit inom södra sjukvårdsområdet [...] Efter att ha tvångsprivatiserat samtliga vårdcenter inom området... är det en av de mest utsatta grupperna som står på tur, missbrukarna« (Dagens Medicin 2001-11-20). »Privatiseringen av beroendevården genomförs enbart av ideologiska skäl, inte för att det är bra för missbrukarna eller vården av dem [...] Det är intressant att Marie Johansson i sitt inlägg undviker att diskutera innehållet i den beroendevård som det privata

bolaget vill erbjuda. Dess koncept bygger på ett motstånd mot lokala missbruksmot-tagningar i nära samarbete med kommun och stadsdelsnämnder, en modell som alla partier i landstinget och länets kommuner står bakom», fortsätter Brit Rundberg diskussionen i Dagens Medicin (2001-12-11). Politikernas roll och insyn i verksamheterna kan minskas och försvåras vid en privatisering (Rundberg 2002, int.).

## Avtal som binder de folkvalda och fredar nya bolaget

Avtalet med Maria Beroendecentrum AB tecknades på fem år (och är således giltigt till 2007-03-31) med möjlighet till två års förlängning<sup>5</sup>. Det innebär att avtalet binder den nuvarande nämnden under dess mandatperiod. Det finns delade meningar om detta förfarande. »Det finns fördelar med långa avtal som ger kontinuitet för personal och patienter. Men demokratin sätts ur spel« sade socialdemokraten Kull våren 2002, samtidigt som han förutspådde en vänsterseger i landstingsvalet (Kull 2002, int.). Det långa avtalet med Maria-enheten kommer under en tid att skydda verksamheten mot snabba, politiskt påkallade, förändringar.

Avtalet med den privata vårdenheten är i övrigt mycket likt det som tidigare fanns inom landstingets beställar-utförarorganisation. »Policydokumentet rörande

5 Det råder delade meningar om denna avtalslängd är normal eller ovanligt lång. Konsulten på Mångfaldskansliet säger att det är den avtalslängd som rekommenderas i EU-direktiv, men att tre år kanske är vanligare (Lundin 2002, intervju).

samordning mellan landsting och kommunförvaltningen i Stockholms län skall följas liksom lokalt träffade samverkansöverenskommelser« (Avtal etc.). Bolaget ska samverka med SSSO i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling för vårdens kvalitet och effektivitet. Uppföljningsmöten mellan de två parterna ska hållas minst två gånger per år. Själva utvärderingsarbetet sköts dock av det privata bolaget, »Vårdgivaren åtar sig att årligen genom urvalsundersökning redovisa patienternas och vårdgrannars uppfattningar om vården« (Avtal etc., s. 7). Mätningarna ska visa hur patienter uppfattar vården, tillgängligheten, väntetider, bemötande och kontinuitet.<sup>6</sup> Enligt avtalet kan sjukvårdsområdet hålla inne med en del av den ekonomiska ersättningen om bolaget brister i sina åtaganden rörande vårdens kvalitet. Avtalet kan också hävas »Om part i väsentligt hänseende brister i sina åligganden [...] och rättelse ej sker utan dröjsmål efter skriftlig erinran« (Avtal etc., s. 9).

Det nya avtalet medför något högre kostnader för sjukvårdsområdet eftersom lönerna numera följer index för privatvårdsanställda (Avtal etc., s. 4). Voltaire Carlsson (2002, int.) menar dock att det är tufft för bolaget, eftersom bolaget ska betala moms, vilket inte landstinget gör,

6 »För patienter där inläggningsbehov föreligger skall minst 75 % av dessa få behandling inom en vecka; 75 % av de som söker akut vård skall få träffa en läkare inom tre timmar; 90 % av de som själv söker vård inom den planerade öppenvården skall erbjudas besök hos behandlingspersonal inom två veckor; Minst 75 % av vårdade patienter skall vara nöjda med bemötandet« (Avtal s. 4).

samt hyrorna har höjts. För att ekonomin ska gå ihop krävs att enheten har 90 procentig beläggning (ibid.).

## **Maria beroendecentrum AB**

Det nya bolaget tog form. Det ägs till 51 procent av (de fem kvarvarande) initiativtagarna och till 49 procent av övrig personal. Annette Voltaire Carlsson, läkare, tidigare ställföreträdande verksamhetschef på BCS och en av initiativtagarna, blev chef för bolaget (Steget 1 2002).

Maria Beroendecentrum AB hade kvar den tidigare enhetens avdelningar, förutom Hållpunkt Maria och Mobila teamet. Enligt Voltaire Carlsson (2002, int.) skulle öppenvården omorganiseras från en geografisk indelning till att samla specialiserad kompetens kring olika typer av missbrukare, t.ex. kvinnor, läkemedelsberoende och unga vuxna. Lokala enheter ska byggas upp där socialtjänsten vill ha det så. Vidare planeras en aktiv informationskampanj om Maria Beroendecentrums kompetens och vårdmöjligheter (Steget 1 2002). Voltaire Carlsson (ibid.) tror att det nya bolaget kommer att attrahera nya patientgrupper, såsom välintegrerade personer med missbruksproblematik. En grupp som »aldrig skulle drömma om att gå till socialtjänsten» (ibid.). Man tror sig nå denna grupp genom att bl.a. satsa på att informera och utbilda personal på företaget.

Maria Beroendecentrum AB kommer också att fortsätta ge buprenorfin-undershållsbehandling (Subutex) åt narkotikamissbrukare. Voltaire Carlsson (2002, int.) och beställarna vid SSSO tror på en fortsatt utveckling av denna behandling.

## **Diskussion**

### ***Arbetsfördelning och konflikter i en mångtydig organisation***

Bakom avknoppningen av Maria-enheten fanns olika motiv och olika typer av motståndningar och maktkamper. Om vi återknyter till Saltmans & von Otters (1976) beskrivning av problemen i offentligt styrda välfärdsorganisationer kan den händelseutveckling som ledde till avknoppningen av Maria-enheten illustrera snart sagt alla de problem de räknar upp: mångtydigheten i målen, oklarheten om hur man skall nå de uppställda målen, vilket leder till värdeideologiska konflikter, en svag ledning och en komplicerad och kanske konstlad arbetsfördelning som leder till konflikter mellan politiker, förvaltningsledning och anställda.

Maria-enheten ingick i en ytterst komplicerad organisation, präglad av flera samtidiga officiellt angivna strävanden. En var att renodla beställar- och utföraruppgifterna, dvs. skilja målsättnings- och utvärderingsarbetet från serviceproduktionen och att understödja konkurrens, för att uppnå valfrihet, kostnadseffektivitet och kvalitet. En annan var att decentralisera verksamheten, både för att kunna spara pengar och för att öka vårdens tillgänglighet, genom betoning av öppenvård och närhet till vårdtagarna.

I denna organisation, med flera produktionsområden med politiskt tillsatta styrelser och en politisk beställarfunktion uppdelad i en huvudnämnd och sex lokala sjukvårdsområden kan det ha varit svårt att få överblick. Detta kan ha försvårat både

den politiska och administrativa styrningen av organisationen och kommunikationen inom partierna kring processerna. Således beskyllde också BCN och BCS i olika sammanhang den andra parten för att inte ge information om sina planer.

Vårt material tyder på att komplexiteten i organisationen också ledde till att möjligheterna till konflikter ökade. Vi kan förstås se de »klassiska« motsättningarna inom hälsovårdsförvaltningen: mellan förvaltningsledning och (oppositionella) politiker, mellan förvaltningsledning och personal och mellan politiker/förvaltningsledning och företrädare för den medicinska professionen. Oppositionspolitikerna i produktionsstyrelsen (och alla politiker i SSSO) protesterade således mot sammanslagningsbeslutet för att det var för dåligt förberett och inte gav möjlighet till debatt om alternativ. Personalen särskilt i BCS uttryckte att de kände sig överkörda och bristfälligt informerade av förvaltningsledningen, som inte gav den någon möjlighet att påverka beslutet och/eller inga andra alternativ till sammanslagning än privatisering. Överläkare Markus Heilig förde en öppen och hård strid om de professionella prioriteringarna och resursfördelningen i landstingets och uttryckte mycket klart åsikten att decentraliseringspolitiken i själva verket drevs av sparkrav (Heilig 2001, int.).

### *Nya allianser - mönstren bryts*

Men det uppstod också överraskande motsättningar – »Alla dessa omorganisationer ledde delvis till att alla blev osams med

alla« (U. Rydberg 2002) – och allianser, som ledde till att avknoppningen förverkligades. Överraskningarna är i sig är ett tecken på mångtydigheten, rentav förvirringen i organisationen.

Decentraliseringen av politiken (till de olika beställarområdena) medförde att olika lokala intressen fick utrymme. För socialdemokraterna i de södra delarna av länets beställarorganisation var det viktigaste att behålla produktionen i det egna området. »Hellre privat vård än ingen egen i syd« tycks ha blivit deras slutsats. Det fanns alltså ingen samlad opposition i landstinget mot privatiseringen. På den andra ideologiska sidan föreslog den borgerliga majoriteten i produktionsstyrelsen en snabb sammanslagning – medan man i SSSO hellre ville se ett bevarande av en sydenhet genom en privatisering. De ideologiska frontlinjerna överskreds.

Personalens självständighet gentemot administration eller byråkrati blev ett viktigt argument för avknoppning. Ett av standardargumenten för privatisering är att beslutsvägen förkortas och att besluten kan fattas närmre dem som utför arbetet (uttryckt också i Steget 1 2002 s. 3). Ett personligt, privat företag kunde ses som ett förstärkt skydd mot politiska krav på vården, även om också Maria Beroendecentrum AB enligt avtalet är bundet av länets vårdpolicy. De tätt upprepade reformerna inom beroendevården i Stockholm hade lett till en förtroendeklyfta mellan beroendevårdens personal och landstingsledningen. En del av personalen i BCS menade att de ledande beslutsfattarna i landstinget – politiker och administratörer – med sammanslagningsprocessen hotade, inte bara



potentiellt deras arbetsplatser (ryktena om nedläggningar av avdelningar), utan också deras syn på vilken vård som gynnade patienterna. »Hellre privat än osjälvständigare - i värsta fall nedlagd«, var ett argument som kanske kunde övertyga också en del av dem som ideologiskt inte var privatiseringsförespråkare.

Att kommunikationen mellan ledning och personal och mellan olika delar av organisationen inte fungerade bra kan delvis tillskrivas ett generellt problem. Kravet på att reformer skall genomföras snabbt, som politiskt ledda organisationer ofta lever med, med växlingar i strategier och bedömningar om hur vården bör organiseras innebär, menar Henning och Ramström (1997), att organisationerna sällan ges möjlighet att utvecklas och finna sin form innan nästa förändring är på väg. Politikerna tänker ofta mindre på behovet av konsekvens och långsiktighet hos de anställda och konsumenterna av servicen utan vill att genomgripande förändringar ska ge effekt inom ett eller ett par år. Åtgärder för att förändra attityder och värderingar bland de anställda är ofta otillräckliga (ibid.). Det är inte omöjligt att en stor del av BCSs personal skulle känna igen sig i denna bild.

### ***Acceptansen av privatiseringstanken***

Beroendevården hörde inte till de områden som den borgerliga landstingsmajoriteten i Stockholm i första hand ville privatisera i form av avknoppningar. Men man hade heller inga särskilda betänkligheter på detta område. Den allmänna ideologiska beredskapen för en privatisering under-

stöddes också av materiella resurser, i form av Mångfaldskansliets support till personal som uttrycker intresse för att ta över en verksamhet i egen regi.

I argumenten för privatisering anförde de borgerliga partierna såväl demokratiargument – att patientens möjlighet till valfrihet stärker medborgarens inflytande och, inte minst, att personalen inom privata bolag känner större medinflytande – och effektivitetsargument – att konkurrens ger kostnadsvinster och privata företag drivs mera kostnadsmedvetet.

Socialdemokraterna kunde inte bjuda särskilt starkt motstånd i dessa frågor. Effektivitetstänkandet och kostnadsjakten har varit påtaglig också under socialdemokratiskt styre, och var också en del av bakgrunden till länets policydokument och sammanslagningsreformerna 1997. Valfrihetsargumentet är politiskt viktigt också för socialdemokraterna att införliva. »Alla partier har i program och andra nationella ställningstagande skrivningar som öppnar för ökad mångfald i vården. Personalkooperativ, privata företag och ideella organisationer beskrivs som viktiga komplement till den offentligt drivna vården« (SOU 2002: 31, s. 23). Inte heller bland Stockholms socialdemokrater fanns det något absolut avståndstagande till aktiebolag (Kull 2002, int.).

De anställdas hållning har inte heller varit tydlig och socialdemokraterna kan därför inte ta stöd i en klart privatiseringskritisk fackföreningsrörelse (se också Svenska Kommunalarbetsförbundets rapport om Solidaritet och välfärd i vården, refererad i Dagens nyheter 2002-04-17). Vänsterpartiet står därför ensamt om ett

(nästan) totalt avståndstagande från privata alternativ inom vården.

### *Vem eller vad drev på?*

Avknoppningen av Maria-enheten kan inte betraktas som resultatet av en målinriktad implementeringsprocess, som resultatet av specifika ledares målmedvetna ageranden (jfr Svedberg Nilsson 2000). Tvärtom ser det ut som en konsekvens av en rad samverkande faktorer.

För den borgerliga majoriteten var privatiseringen en följdriktig reform, utan särskild prioritet, i strävan mot en ökad andel privata alternativ, även om ingen borgerlig politiker förmodligen riktigt satt sig in i vad en avknoppning av just denna typ av verksamhet får för konsekvenser.

För en stor del av landstingsledningen, politiker såväl som byråkrater, bör avknoppningen av Maria-enheten dock betraktas som en något besvärande historia. Om decentralisering av verksamheten och inbesparingar var målet, verkar det osäkert om avknoppningen leder till det. En integrering av Maria-enheten i en sammanslagen organisation kunde ha varit bättre för detta ändamål. Beslutsprocessen visade på administrationens oförmåga att informera så att man kunnat förankra besluten inom personalen, på bristande samsyn inom de politiska blocken och på den politiska oppositionens bristande beredskap att ange ideologiska alternativ och andra verksamhetsmodeller i stället för avknoppning. Det är också intressant att landstingsledningen inte öppet motarbetade avknoppningen, som ju var en reaktion på deras eget sammanslagningsförslag.

Den avgörande beslutsprocessen var så snabb och inföll under sommar- och semestertid, så att det i praktiken blev svårt att få till stånd en offentlig debatt om alternativ till avknoppningen. I detta avseende var beslutsprocessen odemokratisk och den försvårade även förankringen bland personalen. Vissa särskilda aspekter på frågan, som kunde ha bromsat beslutet, upptäcktes av allt att döma för sent av oppositionen. Huruvida avtalslängden var lämplig eller hur de politiska beställarna skulle kunna kontrollera att den privata vårdgivaren gav lika god service till samma missbrukare som tidigare var inte heller föremål för offentlig diskussion.

Sammanfattningsvis kan man alltså säga att den politiska debatten saknade ett klart formulerat alternativ till avknoppningen, vilket speglade såväl en ideologisk vacklan som skillnader mellan olika centrala och lokala intressen. De potentiellt kritiska politikerna tycks inte heller ha haft resurser för, eller varit beredda på att tillräckligt snabbt skapa offentlig debatt kring frågan om denna del av landstingets vård lämpade sig för en avknoppning.

Vi kunde sammanfatta orsakerna till avknoppningen så här: Privatiseringen genomfördes för att den av några (i förvaltning, politisk ledning och bland personalen) sågs som ett följdriktigt alternativ, av andra (bland politiker och personal) som en (nöd)lösning på en ohållbar situation, för att det fanns en beredskap i förvaltningen (Mångfaldskansliet) för just denna organisationslösning och för att privatisering hade vunnit en omfattande ideologisk acceptans i landstingsorganisationens omvärld, där det också saknades en tillräckligt infly-

telserik och välartikulerad opposition till denna organisationsförändring (jfr Svedberg Nilsson 2002).

För att bygga vidare på Svedberg Nilssons tankegångar kan denna historia illustrera att marknaden, också inom välfärdstjänsterna, nu blivit en realitet, och en omvandling av den offentliga sektorn har verkligen slagit rot. Privatiseringen har blivit vardaglig och vi upplever »ett tyst men ihärdigt tassande på vägen mot Marknaden« (ibid., s. 239). Hur dramatiskt utfallet blir återstår att se.

»Implementeringsforskningen är ... till mycket stora delar en eländsforskning, om man så vill samhällsvetenskapens patologi. En aldrig sinande ström av fallstudier om förlösade resurser, om oförutsedda biefekter, om oklara politiska målsättningar, om olämpliga organisationsformer och oförstående eller allmänt illasinnade byråkrater.« (Rothstein 1994, s. 76). Rothstein fortsätter: »Det politiska systemet och den offentliga sektorn är ingalunda ensamma om att få acceptera att målsättningar kan vara mångfacetterade och fulla av restriktioner och att planerade intentioner inte kan förverkligas fullt ut. Detta skall självklart inte i alla lägen tas som intäkt för en konservativ och reformpessimistisk inställning till offentlig politik. Tvärtom är organisationer som förmår anpassa sig till förändrade förhållanden och organisationsledning som kan omforma målsättningar efter gjorda erfarenheter oftast att föredra framför mera rigida strukturer... Det blir, kort sagt, inte alltid som man tänkt, men det kan bli bra ändå.« (ibid., s. 79). Det är möjligt att många borgerliga politiker och

anställda på Maria Beroendecentrum AB idag håller med om detta.

### ***Koda – vilka beslutsfattare är intresserade av patienterna?***

Historien om beroendevården i landstinget i Stockholms läns kan ses som ännu ett exempel på de problem som den svenska sjukvården brottats med de senaste decennierna. Den svenska utredningen »Vinst för vården« beskriver hur hälsovården fram till 1980-talet hölls samman av en politisk värderingsgemenskap. Men: »Svårigheter att klara balansen mellan olika gruppers behov och önskemål bidrog därefter till att vården blev en viktig arena för politisk konflikt. När den tidigare breda politiska samsynen bröts upp försvårades i sin tur möjligheterna till effektiv politik för att återskapa balans mellan vårdens olika mål och därmed grunden för samsyn och brett politisk stöd.« (SOU 2002:31, s. 21). Decentraliseringen av styrningen, från staten till landstingen, förstärkte förmodligen också de ekonomiska argumenten i styrningen – värdkostnaderna syns ju direkt i landstingsskatten – snarare än en debatt om »den goda vården« (Ginsburg 1995, s. 59).

Utredningen »Vinst för vården« påpekar att privata alternativ idag finns inom de flesta landsting, oavsett politisk majoritet. Men »En mångfald av vårdgivare accentuerar kraven på styrning och kvalitetsjämförelser. Former för ersättning och avtal får stor betydelse för verksamheten.« (ibid., s. 24).

Såsom avtalet med Maria beroendecentrum AB skrivits kommer Stockholms landstingspolitiker som beställare att ha

svårt att utvärdera om avknoppningen lett till förbättringar för länets missbrukare eller inte – det enda man kan ta ställning till (förlitande sig på det privata bolagets egen datainsamling) är vissa mått på hur de faktiska patienterna tycker att de behandlats.

Därför riskerar följande avknoppning – eller en av-privatisering av denna beroendevård – att bygga på precis lika litet kunskap om effekterna av förändrade ägoförhållanden för beroendevården och dess patienter.

## Referenser

- Anderzon, K. (2000): *Uppföljning av policydokumentet för missbrukarvården/specialiserade beroendevården i Stockholms län – ett referensmaterial*. Stockholm: KSL och HSN.
- Beroende- och missbrukarvård. *Samverkan mellan kommuner och landstingets hälso- och sjukvård. Lägesrapport hösten 1999*. Stockholm: KSL och HSN.
- Blom, B. (1998): *Marknadsorientering av socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Om villkor, processer och konsekvenser*. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete, rapport nr 27
- Dagens medicin* 2001-11-20: »Vinimportör vill bedriva missbrukarvård« av Brit Rundberg.
- Dagens medicin* 2001-12-04: »Läkaren i beroendevården importerar inte vin« av Marie Johansson.
- Dagens medicin* 2001-12-11: »Privat beroendevård stor politisk skandal« av Brit Rundberg.
- Dagens Nyheter* 2002-04-17: Referat av Svenska Kommunalarbetareförbundets rapport om Solidaritet och välfärd i vården
- Ginsburg, N. (1995): *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*. London, Thousands Oak, New Dehli: Sage Publications
- Henning, R. & Ramström, D. (1997): *Från öl till omsorg. Vad händer vid övergången från offentlig till privat verksamhet?* Stockholms universitet: Institutet för kommunal ekonomi (IKE 1997:69).
- March, J.G & Olsen, J.P (1976): *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsförlaget.
- Montin, S. (1995): Kommunala organisationsförändringar som problem eller lösning. I: Lundqvist, Lennart J. & Pierre, Jon (red.): *Kommunal förvaltningspolitik*. Lund: Studentlitteratur
- Palm, J. (2003): *En beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län och deras syn på missbrukarvården år 2002*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr. 7.
- Palm, J. & Storbjörk, J. (2003): *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård*. Stockholms universitet: SoRAD, Forskningsrapport nr 9.
- Rothstein, B. (1994): *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. WSOY; Finland: SNS förlag
- Saltman, R. B. & von Otter. C. (1992): *Planned markets and public competition. Strategic reform in Northern European health systems*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press
- SOU 1999: 66: Bilaga 1. *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården - vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Stockholm: Fakta Info Direkt .
- SOU 1999:66: Bilaga 2-6. *God vård på lika villkor?* Stockholm: Elanders Gotab.
- SOU 2000:38: *Välfärd, vård och omsorg*: antologi från Kommittén välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer (Statens offentliga utredningar, SOU 2000:38).
- SOU 2002:31: *Vinst för vården*: idébetänkande från utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati. Stockholm: Fritzes offentliga

- publikationer (Statens offentliga utredningar, SOU 2002:31).
- Stegat. Ett nyhetsbrev om att starta eget i vården. Utges av Mångfaldskontoret, Stockholms läns landsting, nr 1 2002.
- Stenius, K. (1999): *Privat och offentligt i svensk missbrukarvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet*. Lund: Arkiv Förlag.
- Storbjörk, J. (2003): *En beskrivning av personalen i Stockholms läns landstings beroendevård och deras syn på missbrukarvården år 2001*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr. 8.
- Svedberg Nilsson, K. (2000): Marknadens decennium – gränsomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet. I: SOU 200:38. *Välstånd, vård och omsorg*. Antologi från Kommittén välfärdsbokslut .

## ***Intervjuer och telefon- /e-post kontakter***

- Adamsson Wahren, C. (2002): Tidigare verksam vid f.d. Beroendecentrum Syd (jan 2000-sept 2001). Telefonkontakt april 2002 och skriftliga kommentarer på artikelutkast i juli och september 2002.
- Borg, S. (2001): Verksamhetschef vid f.d. Beroendecentrum Nord (BCN) och nuvarande Beroendecentrum Stockholm (BC). Intervju 9 mars 2001.
- Bosiö, W. & Sjöstrand, L. (2002): Vårdadministrativ chef resp. chefsöverläkare på Mariakliniken fram till 1998. Telefon/e-post kontakt, april 2002.
- Brinkebäck, D. (2002): Landstingspolitiker (kds), Södra Stockholms sjukvårdsområde (SSSO). Telefonintervju mars 2002.
- Eriksson, B. (2002): Informationsansvarig vid produktionsstyrelsens stab, Stockholms läns landsting. Telefonintervju/e-post kontakt april 2002.
- Heilig, M. (2001): F.d. verksamhetschef vid Beroendecentrum Syd (BCS). Intervju 26 mars 2001.
- Heilig, M. (2002): Skriftliga kommentarer till artikelutkast, juli 2002.
- Jensen, B. (2001): Sekreterare i den parlamentariska styrningsgruppen för översyn av beroendevården. Intervju 4 oktober 2001.
- Karlsson, M. (2002): Landstingspolitiker (m), Sydöstra Stockholms sjukvårdsområde. E-postkontakt mars 2002.
- Kull, P-E. (2002): Landstingspolitiker SLL (s). Södra Stockholms sjukvårdsområde (SSSO). Telefonintervju mars 2002.
- Leifman, A. (2002): Verksam vid Beroendecentrum Stockholm, utdrag ur Stockholms läns landstings vårdregister på uppdrag av författarna, september 2002.
- Lindström, L. (2002): Chef för Hållpunkt Maria och Mobila Teamet vid f.d. Maria-enheten. Telefonintervju mars 2002.
- Lundin, K. (2002): Projektledare »Mångfald i vårdproduktionen«, Mångfaldskansliet, Landstingskontoret, SLL. Telefonintervju mars 2002.
- Oscarsson, M-B. (2002): F.d. anställd på Maria-enhetens akutvårdsavdelning. Telefonintervju april 2002.
- Rundberg, B. (2002): Landstingspolitiker SLL (v), andre vice ordförande i hälso- och psykiatriutskottet, HSN. Intervju 15 april 2002.
- Rydberg, U. (2002): Skriftliga kommentarer till artikelutkast, juli och september 2002.
- Voltaire Carlsson, A. (2002): Chef för Maria Beroendecentrum AB. Intervju 18 april 2002.
- Ågren, G. (2001): Landstingspolitiker från 1973-1999. Ansvarig för den parlamentariska utredningen om beroendevården 1996-1998. Intervju 13 september 2001.
- Åsell, K. (2002): F.d. anställd på Maria-enhetens akutvårdsavdelning. Telefonintervju april 2002.

## *Politiska protokoll, avtal och skrivelser*

- Avtal mellan Stockholms läns landsting genom Södra Stockholms sjukvårdsområde (Beställaren) och Starta Eget Boxen 2781 AB org.nr 556616-3522 (Vårdgivaren). Inklusiv bilagor tillhörande vårdavtalet. Giltigt 2002-04-01 – 2007-03-31.
- Forskning, utbildning och vårdplatslokalisering inom beroendevården. Rapport från KIKAGruppens arbetsgrupp. Karolinska Institutet 1996-10-21.
- Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län – en gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård (1998). Parlamentariska utredningen om specialiserad beroendevård och missbrukarvård i Stockholms län. SLL och KSL.
- Parlamentarisk ledningsgrupp för översyn av beroendevården, SLL HSN Staben, minnesanteckningar från möte 1996-12-04, 1997-01-27, 1997-03-17 och 1997-10-06.
- Rapport från socialdemokraterna i Stockholms läns landsting om hur hälsoklyftorna i länet ökar; hur den borgerliga politiken slår mot utsatta grupper; hur socialdemokraterna vill minska hälsoklyftorna i länet. Januari 2002.
- Sammanställning av kommunernas synpunkter på Förslag till gemensamt policydokument för beroende- och missbrukarvården i Stockholms län (1997). KSL kansliet 1997-10-24.
- Sammanställning av sjukvårdsområdenas synpunkter på Förslag till gemensamt policydokument för beroende- och missbrukarvården i Stockholms län (1997). SLL HSN koncernledning 1997-10-29.
- Slutrapport från den parlamentariska utredningen om översyn av landstingets specialiserade beroendevård och kommunernas missbrukarvård (1998). SLL HSN koncernledning 1998-04-04.
- Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, tjänsteutlåtande 1996-11-27 inför §4, 1996-12-17 (»Redovisning av uppdrag med anledning av Utvecklingsplanen för hälso- och sjukvården«).
- Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, tjänsteutlåtande 1996-11-29 inför §4, 1996-12-17 (»Förslag till bildande av två organisatoriska enheter, beroendecentra, i landstinget för specialiserad beroendevård«).
- Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, protokollsnr 14/1996 §4, 1996-12-17.
- Stockholms läns landsting, Produktionsstyrelsen, protokollsnr 4/2001 §5, 2001-04-24.
- Stockholms läns landsting, Produktionsstyrelsen, Tjänsteutlåtande 2001-06-18, inför SLL Produktionsstyrelsemöte 2001-06-19, § 6 (»Förändrad organisation av beroendevården i Stockholms läns landsting«).
- Stockholms läns landsting, Produktionsstyrelsen, protokollsnr 6/2001 §6, 2001-06-19.
- Stockholms läns landsting, Landstingsrådsberedningen, landstingsstyrelse, skrivelse 1999-05-26, LS 9905-0311 (»Riktlinjer för skapande av mångfald i vårdproduktionen«).
- Stockholms läns landsting, Södra Stockholms sjukvårdsområde, Tjänsteutlåtande 2001-08-01, inför Södra Stockholms sjukvårdsstyrelses sammanträde 2001-02-21, §13 (»Upphandling av frivillig beroendevård för befolkningen inom Södra Stockholms sjukvårdsområde«).

## *Internetkällor*

- [www.folkpartiet.net](http://www.folkpartiet.net) – Folkpartiet, april 2002.
- [www.moderat.se/index.asp?mainid=2&subid=38](http://www.moderat.se/index.asp?mainid=2&subid=38) – Moderaterna, augusti 2002.
- [www.kristdemokrat.se](http://www.kristdemokrat.se) – Kristdemokraterna, april 2002.
- [www.ls.sll.se](http://www.ls.sll.se) – Organisation och styrprinciper, Landstingskontoret, SLL, april 2002.
- [www.sll.se/docs/w\\_mangfald/enkat/enkat1.pdf](http://www.sll.se/docs/w_mangfald/enkat/enkat1.pdf) – Mångfaldskansliet, SLL, augusti 2002.
- [www.sll.se/w\\_mangfald/12940.cs](http://www.sll.se/w_mangfald/12940.cs) – Faktablad från Mångfaldskontoret, SLL, mars 2002.
- [www.sll.se/w\\_prs/6967.cs?dirid=29636](http://www.sll.se/w_prs/6967.cs?dirid=29636) – Produktionsstyrelsens verksamhet, SLL, mars 2002.