Behov och resurser i vården – *en analys*

Del B Bilagor

SOU 1996:163
HSU 2000

A:RefKB
Occ SOU
1996:163
36

Statens offentliga utredningar
1996:163
Socialdepartementet

Behov och resurser i vården

– en analys

Del B
Bilagor

Kommittén om hälso- och sjukvårdens
finansiering och organisation (HSU 2000)
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

Graphic Systems AB, Göteborg 1996

ISBN 91-38-20417-7
ISSN 0375-250X

Förord

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000 – har bl.a. i uppdrag att analysera och bedöma de krav på resurser som framför allt den demografiska utvecklingen i kombination med medicinteknisk utveckling kan komma att ställa på hälso- och sjukvården under perioden fram till år 2010. Tyngdpunkten skall enligt direktiven ligga på en bedömning av de äldres behov av vård och omsorg. Härvid skall kommittén särskilt beakta omvårdnadsarbetets betydelse för kvaliteten.

Under arbetet har ett stort antal experter lämnat underlag för kommitténs bedömningar av utvecklingen i fråga om de stora folksjukdomarna och sjukdomspanoramat i övrigt liksom i fråga om den medicinska utvecklingen inför 2000-talet. Vidare har ett antal expertrapporter utarbetats. Några av dessa har fogats till kommitténs huvudrapport – delbetänkandet (SOU 1996:163) *Behov och resurser i vården – en analys* – som bilagor. De övriga återfinns i denna bilagerapport till delbetänkandet (bil. 8-13). Ansvaret för de olika bilagorna och de bedömningar de innehåller vilar på respektive författare.

Stockholm i november 1996

Leni Björklund
Ordförande

Christina Kärvinge
Huvudsekreterare

Innehåll

Primärvårdens utveckling fram mot år 2010 7
Per G Swartling samt Anders Håkansson

Den somatiska korttidsvårdens utveckling inför 2000 33
Ingvar Karlberg

Resursbehov för psykiatrisk vård år 2010 83
Börje Lassenius

Psykosocial ohälsa – ett växande folkhälsoproblem 135
Kent Karlsson

Omvårdnad i hälso- och sjukvård 169
Astrid Norberg, Ingalill Hallberg,
Mona Kihlgren samt Hjördis Björvell

Det medicinska beslutet – faktorn bakom skiftande behandlingsresultat och sjukvårdskostnader 225
Henrik Weibull och Thomas Troëng

Bilaga 8
Primärvårdens utveckling fram mot år 2010

Per G Swartling
Medicinalråd, Allmänna enheten,
Hälso- och sjukvårdsgruppen
Socialstyrelsen, Stockholm

Anders Håkansson
Docent, Samhällsmedicinska
institutionen, Universitetssjukhuset
MAS, Malmö

Innehåll

Primärvårdens utveckling fram mot år 2010

Av Per G Swartling och Anders Håkansson

Primärvårdsbegreppet 11
Primärvårdens stora patientgrupper 13
Primärvårdens uppgifter 14
Seminarium om primärvården inför år 2010 18
Primärvårdens resursbehov inför år 2010 28
Föredrag vid seminarium i maj 1995 om primärvårdens utveckling mot år 2010 31

Primärvårdens utveckling fram mot år 2010

Av Per G Swartling samt Anders Håkansson

Primärvårdsbegreppet

Innebörden av begreppet primärvård har växlat genom åren. Det har sedan 1970-talet kommit att beteckna en organisationsform inom den öppna vården, nämligen den i offentlig regi bedrivna öppenvården vid vårdcentraler. Primärvården har dock organiserats på olika sätt i landet och även omfattat olika former av specialistvård.

I juni 1995 antog Riksdagen en ändring av 5 § Hälso- och sjukvårdslagen, där primärvård nu definieras som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården skall svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.

Begreppet primärvård betecknar därför numera en vårdnivå, som skall kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård som vårdnivå innefattar därmed även kommunal hälso- och sjukvård, privatpraktiserande specialister i allmänmedicin och privatpraktiserande sjukgymnaster.

Övrig öppenvård har sin grund i den specialiserade sjukvården med insatser av läkare med andra specialistkompetenser än allmänmedicin och hör därmed till den sekundära vårdnivån.

Primärvårdens ansvarsområde

Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och skall erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar.

Primärvårdens läkare, som alternativt kallas distriktsläkare, allmänläkare, husläkare eller familjeläkare, är specialister i allmänmedicin.

Den utbildning som allmänläkaren har gör denne väl lämpad att möta befolkningens skiftande behov av vård för akuta och kroniska sjukdomar, vård i livets slutskede och förebyggande verksamhet. I allmänläkarens arbetssätt ingår att bedöma patientens symtom och behov såväl ur medicinskt – biologiskt perspektiv som psykologiskt och socialt. Många av primärvårdens patienter söker för självläkande sjukdomar eller kroppsliga besvär som är kopplade till psykosociala problem. Allmänläkaren kan med sin kännedom om vanliga sjukdomars naturliga förlopp hjälpa patienten att värdera och tolka sina symtom. Genom att avvakta under fortsatt kontakt, kan trygghet skapas utan att omfattande utredningar eller behandlingar behöver startas. När så behövs får dock patienten medicinska insatser av allmänläkaren och vid behov remiss till specialist.

Allmänläkaren skall fungera som patientens lots och vägledare mellan vårdnivåerna och skall sörja för att patienten upplever kontinuitet i vården. I uppgiften ingår även att förklara för patienten det denne inte har förstått efter undersökning och behandling inom länssjukvården. Kontakten med länssjukvårdens specialister är viktig, så att varje patient kan bli omhändertagen inom rätt vårdinstans under olika skeden av ett sjukdomsförlopp. Många patienter tillhör därför inte antingen primärvård eller sekundärvård (länssjukvård) utan kommer att vårdas inom än den ena, än den andra vårdnivån beroende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och vilka insatser och vilken kompetens som krävs vid varje vårdtillfälle. Detta förhållande har fått benämningen "shared care", dvs. delat ansvar för vården. Avgränsningen mellan primärvård och länssjukvård blir sålunda aldrig skarp. Den är beroende av allmänläkarens individuella kompetens förutom övriga resurser i primärvården. Av betydelse är också allmänläkarens möjlighet att få stöd av länssjukvårdens specialister, exempelvis genom telefonkonsultation eller personlig undersökning av patienten. Telemedicinen öppnar nya möjligheter för primärvården att konsultera på distans. Exempelvis kan EKG, röntgenbilder eller andra bilder på patient, bedömas av specialist inom länssjukvården medan patienten är kvar i primärvården. Patientens egna önskemål och patientens förtroende för primärvården har också betydelse när det gäller remittering mellan vårdnivåerna.

Den snabba medicinska utvecklingen och allmänmedicinens stora bredd gör att allmänläkarens fortbildning är ytterst angelägen. All personal måste självklart få utbildning för att följa med i utvecklingen och kunna ge en god och säker vård. I allmänläkarens uppgift ingår dessutom beslut om undersökningar med laboratorieprover, röntgen osv samt behandlingar, sjukskrivningar och remisser till specialistkon-

sultationer. Allt detta är mycket kostsamma åtgärder, vilket motiverar att fortbildningen bör prioriteras även med tanke på sjukvårdskostnaderna.

Distriktssköterskans roll har förändrats efter Ädel-reformen 1992, då 750 distriktssköterskor (15 procent av samtliga) fördes över till kommunal sjukvård. Huvuduppgiften för landstingets kvarvarande distriktssköterskor består numera av mottagningsverksamhet, barnhälsovård, förebyggande arbete och hemsjukvård i de landsting (ungefär hälften) som ej överlåtit hemsjukvården till kommunerna. Det tidigare nära, områdesbaserade samarbetet mellan distriktssköterska och distriktsläkare har luckrats upp. Varje allmänläkare får nu samarbeta med betydligt fler distriktssköterskor och vice versa. Vid många allmänläkarmottagningar finns särskilda sjuksköterskemottagningar för att t ex kontrollera patienter med högt blodtryck, diabetes och astma.

Samverkan mellan primärvård och länssjukvård är av stor betydelse, så att vården är av samma goda kvalitet, oavsett på vilken nivå som patienten vårdas. Det är även angeläget att rutiner för remittering och informationsutbyte mellan vårdgivarna är väl utarbetade och respekterade. Detta är grunden för att den s k vårdkedjan skall fungera.

Primärvården har även en bred kontaktyta och samarbete med socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. En ganska stor andel av de som söker allmänläkare för kroppsliga besvär visar sig ha psykosociala problem som bakomliggande orsak. Det är viktigt att dessa patienter får en medicinsk bedömning av sina besvär, men lika viktigt är att patienterna sedan lotsas vidare till de instanser som har bättre förutsättningar att ge stöd och vägledning när det gäller familje- och bostadssituation, arbete, missbruk osv.

Primärvårdens stora patientgrupper

De stora patientgrupperna för primärvården kan beskrivas på följande sätt:

- *De vanliga sjukdomarna och symtomen.* Hit hör övre och nedre luftvägsinfektioner, infektioner i öron, bihålor och urinvägar, sömnproblem, muskel- och ryggvärk samt småskador.
- *De äldres ohälsa.* Denna ohälsa kan delvis hänföras till övriga grupper som beskrivs här men i de äldres ohälsa ingår även de krämpor som åldrandet för med sig. Kännedom om individen ökar möjligheterna att urskilja sjukdomssymtom från normalt åldrande.

Hembesök av allmänläkare och distriktssköterska är ett viktigt inslag i vården av de äldre.

- *De kroniska sjukdomarna och folksjukdomarna.* En sjukdom som omfattar mer än en procent av befolkningen brukar betecknas som folksjukdom. Hit hör högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, astma, depression och ledsjukdomar. Vissa patienter har så komplicerad sjukdom, att de hela tiden måste skötas av länssjukvården. De flesta patienterna kan dock ha sin övervägande kontakt med primärvården och få vård inom länssjukvården i speciella situationer.
- *De svaga och utsatta.* Hit räknas de patienter som har svårt att göra sin röst hörd eller inte förstår att de behöver vård. Till denna grupp räknas många psykiskt sjuka, utvecklingsstörda, dementa, missbrukare, liksom barn och åldringar. Distriktssköterskans uppsökande verksamhet och kännedom om sitt distrikt är här av stor vikt och ingår i det s k områdesansvaret. Husläkarreformen med listning av patienter försvagade allmänläkarens områdesansvar. Inom många landsting strävar man nu efter att organisera primärvården så att distriktssköterska och allmänläkare delar områdesansvaret.
- *De oroliga.* Vissa människor har en återkommande oro för olika kroppsliga symtom utan att man finner tecken på sjukdom eller bakomliggande sociala orsaker. De har en benägenhet att oroa sig och behöver läkarkontakt emellanåt för att känna trygghet. Detta är en viktig patientgrupp för allmänläkaren, som med sin kännedom om patienten och med kontinuitet i kontakten kan undvika onödiga utredningar och onödig medikalisering, vilket annars lätt blir fallet om patienten söker på olika specialistmottagningar.

Primärvårdens uppgifter

Diagnos och behandling

Allmänläkarens insatser har sin tyngdpunkt i diagnos, behandling och individ-inriktade förebyggande insatser.

Innehållet i vården kan variera en hel del. I tätort med närhet till sjukhus söker skadade och akut svårt sjuka patienter oftast direkt vid sjukhusets akutmottagning medan primärvården i glesbygd får bedöma och behandla dessa fall inför eventuell vidare transport till länssjukvården. Invandrartäta områden ställer också särskilda krav på primärvården.

Distriktssköterskan har en viktig roll i primärvården. I sin egen mottagning tar hon emot patienter för behandling efter läkarordination, men ofta även efter egen bedömning när patienten söker direkt. Många distriktssköterskor har numera fått förskrivningsrätt för vissa läkemedel, främst inom omvårdnadsområdet. Ett nära samarbete mellan distriktssköterska och allmänläkare är av stor betydelse för vården, där bådas olika kompetens kan ge patienterna en god och säker vård. Allmänläkaren kan lämna över en patient till distriktssköterskan vissa perioder för uppföljning och behandling. Distriktssköterskan kan överlämna ansvaret för en patient till allmänläkaren vid osäker diagnos, eller när hennes behandling ej givit önskat resultat.

Man kan förvänta sig att primärvården kommer att utsättas för ökad press och ökade uppgifter under kommande år. Andelen äldre, som står för en betydande del av besöken, kommer att öka. Sannolikt ökar även en del folksjukdomar som t ex diabetes. Den sociala otryggheten ser ut att tillta med exempelvis fortsatt hög arbetslöshet. Med detta följer fler s k tillitssjukdomar då människor saknar tilltro till sig själva och blir mer sårbara för olika symtom och besvär vilket kan ge påtagliga sjukdomsbilder.

Andra yrkesgrupper inom primärvården är sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor, barnsjuksköterskor, biomedicinska analytiker (tidigare laboratorieassistenter), psykologer, kuratorer, dietister, undersköterskor, läkarsekreterare m fl. Tillsammans medverkar alla dessa på olika sätt i diagnos, vård och behandling vid landets vårdcentraler, som 1992 uppgick till 854 med vanligen 3–4 läkare vid varje vårdcentral. År 1994, efter husläkarreformen, fanns totalt 1 321 läkarmottagningar varav 928 i offentlig regi och 393 privata. Av de senare var 63 procent enläkarmottagningar.

Förändrade behov i befolkningen med ökade psyko-sociala problem kan motivera en förändring av personalsammansättningen med större inslag av personal med beteendevetenskaplig utbildning.

Hemsjukvård

Allt fler människor kan numera få vård i det egna hemmet med dygnet-runt-bemanning, ökad medicinsk kompetens, bättre tekniska hjälpmedel etc. Distriktssköterskan (eller kommunens sjuksköterska i de fall kommunen har ansvaret) har här en viktig roll. Hon bedömer patientens tillstånd, samordnar och instruerar undersköterskor samt kontaktar läkare för hembesök. Hon får även instruktioner från länssjukvårdens specialister. Samverkan med kommunens hemtjänst är också betydelsefull. Den s k Psyk Ädel-reformen innebär nya omvårdnadsuppgifter för

kommunerna, medan läkarinsatserna liksom tidigare åligger landstingets psykiatri och primärvård. Den medicinska tillsynen av utvecklingsstörda och handikappade innebär ofta hembesök av såväl distriktsläkare som distriktssköterska.

Vård i särskilt boende

Kommunerna har ansvar för vården i särskilt boende (sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppboenden) med undantag av läkarinsatserna, som oförändrat är landstingets och primärvårdens ansvar.

Rehabilitering

Primärvården har ett stort ansvar vad gäller rehabilitering. Det gäller såväl egna insatser från primärvårdens sida som att ta initiativ till rehabilitering i samverkan med andra instanser. Kortare vårdtider på sjukhusen har medfört att kraven på primärvårdens rehabiliteringsinsatser har ökat. Patienter med stroke (slaganfall) och höftfraktur måste följas upp med aktiva insatser i primärvården. Här är sjukgymnaster och arbetsterapeuter centrala yrkesgrupper för att lägga upp träningsprogram, instruera undersköterskor m fl i den dagliga träningen, såväl i särskilt boende som i det egna hemmet. Rehabilitering innebär även insatser som syftar till att bibehålla funktioner eller fördröja en försämring. Behov av rehabiliterande åtgärder i någon form finns, med detta synsätt, ända fram till livets slut.

Behovet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har uppmärksammats allt mer. Den sjukskrivande allmänläkaren har en viktig uppgift att tidigt kontakta försäkringskassa och arbetsgivare så att arbetsanpassning kan ske. Ju längre en patient är borta från arbetet, desto svårare blir återanpassningen. En kritisk gräns går vanligen vid två till tre månaders hel sjukskrivning. Kort handläggningstid i den medicinsk bedömningen och behandlingen är därför nödvändig.

Förebyggande arbete

Primärvårdens förebyggande arbete är främst individinriktat. Det är naturligt att läkaren i samband med konsultationer tar upp frågor om livsstil för att förhindra att sjukdom återkommer eller förvärras. Det finns för allmänläkaren många naturliga tillfällen och anledningar att diskutera rökning, alkohol och andra droger liksom kostvanor och

motion med sina patienter. Distriktssköterskan kan ofta följa upp dessa frågor på olika sätt, ibland med särskilda rökavvänjningsgrupper, bantargrupper etc. Sjukgymnastens arbete är också delvis inriktat på att förebygga återfall av de skador som behandlats genom instruktion om lämpliga arbetsställningar etc.

Etablerade förebyggande verksamheter inom primärvården är mödra- och barnhälsovård. De regelbundna kontrollerna syftar till att i tid upptäcka eventuella sjukdomar eller andra rubbningar så att effektiv behandling kan sättas in. Dessa åtgärder har sannolikt bidragit till den mycket låga dödligheten i Sverige hos mödrar och nyfödda barn. Blivande mödrar och fäder får råd för att undvika skador på foster och barn. Inte minst olycksfallsprofylaxen hos barn har varit framgångsrik men arbetet måste ständigt fortsätta.

Vaccinationsprogrammen vid barnavårdscentralerna når de allra flesta barn och har varit utomordentligt framgångsrika. Polio har inte förekommit på många år, stelkramp och difteri är sedan länge ytterst sällsynta sjukdomar, liksom röda hund och mässling. Kikhosta är fortfarande ett problem med påfrestande och ibland allvarligt sjukdomsförlopp men nya vacciner inger förhoppning att kunna minska även på denna sjukdom. Även andra vaccinationer är aktuella för att förhindra vissa svår bakteriella infektioner, orsakade av exempelvis haemophilus och pneumokocker.

Fast läkarkontakt (egen läkare)

En fast läkarkontakt underlättar och effektiviserar samarbetet med andra yrkesgrupper i primärvården. Befolkningen har också i upprepade enkäter uttalat ett starkt behov av en fast läkarkontakt. Redan innan husläkarlagen antogs 1993 hade listning av patienter startat på många håll och nu gällande lag betonar också att varje medborgare skall kunna ha en fast kontakt med en allmänläkare. En befolkningsenkät av Socialstyrelsen i april 1995 visade att 63 procent hade en bestämd läkare att vända sig till och denne läkare var i 80 procent allmänläkare. Flertalet av de tillfrågade ansåg att kontinuitet i läkarkontakten är viktig oavsett anledning till besök.

Utbildningsinsatser i primärvården

De sex allmänmedicinska institutionerna vid våra universitet har ansvar för alla blivande läkares grundutbildning i allmänmedicin. Under senare år har en ökande tid förlagts till vårdcentraler, så att studenterna under

handledning av allmänläkare kan få se, och även själva undersöka patienter med vanliga sjukdomar. Ett motiv är att befolkningens vanliga sjukdomar är allt ovanligare vid universitetssjukhusen.

Alla blivande läkare genomgår omkring ett halvt års handledd allmäntjänstgöring (AT) vid vårdcentral. Det är betydelsefullt att den blivande läkaren under yrkesansvar kan få praktisk träning i att handlägga primärvårdens patienter och få insikt i primärvårdens sätt att arbeta, möjligheter och begränsningar samt behovet av samverkan med länssjukvården. Detta ökar förmågan hos alla läkare att se sjukvården som en helhet.

Allmänmedicinen är sedan 1981 en medicinsk specialitet och har ansvar för utbildning av blivande allmänläkare. I specialiseringstjänstgöringen (ST) som omfattar fem år ingår omkring två års tjänstgöring vid vårdcentral under handledning. Antalet ST-tjänster minskade från 344 år 1991 till 63 år år 1994 och nytillskottet av allmänläkare täcker därmed inte ens pensionsavgångarna om inte den nedåtgående trenden snabbt brytes.

Även andra yrkesgrupper har under utbildnigen delar av sin praktiska tjänstgöring förlagd till primärvården. Utbildningsinsatserna inom primärvården kräver sålunda utrymme.

Seminarium om primärvården inför år 2010

Under maj 1995 ordnade HSU 2000 ett seminarium där några viktiga områden inom primärvården och allmänmedicinen behandlades med tanke på kommande trolig utveckling. Här följer en översikt som grundas på respektive föredrag och diskussioner vid seminariet.

Föredragshållarna framgår av bilaga 1.

Luftvägsinfektioner

Infektioner i luftvägarna (öron, näsa, hals, bihålor, luftrör och lungor) är den vanligaste anledningen till besök i öppen vård, såväl på sjukhus som vårdcentral, där 20–40 procent av besöken sker av denna orsak.

Ändå söker befolkningen enbart för var fjärde luftvägsinfektion. Här finns en potential för ökad sjukvårdskonsumtion om det sker en glidning i indikationer för behandling eller om befolkningens tålamod minskar och man ej avvaktar självläkning.

De flesta luftvägsinfektionerna orsakas av virus och kan ej behandlas med antibiotika. Även de flesta av de bakteriella infektionerna är självläkande utan behandling. I många fall ges ändå antibiotika med avsikt att minska sjukdomstid och förhindra komplikationer. Antibiotikakonsumtionen har kontinuerligt ökat de senaste 15 åren utan belägg för att behandlingsbara infektioner ökat. Orsaken torde vara att man sänkt kraven för behandling med antibiotika. Huvuddelen av antibiotika förskrivs i öppen vård (90 procent) och främst för luftvägsinfektioner (60 procent).

Under senare år har skett en oroande ökning av bakterier som är okänsliga för våra vanliga antibiotika (s k resistens). Denna resistensutveckling ökar ju mer man använder antibiotika. Det är därför angeläget att minska användningen och skärpa kraven på när antibiotika bör tillgripas. Detta kan ske genom att avvakta infektionens naturliga förlopp och med täta läkarkontroller övervaka självläkning. Antibiotika behöver då endast ges när självläkning ej sker. Allmänläkaren är väl ägnad åt denna uppgift och alla undersökningar visar att specialister i allmänmedicin är mest följsamma till givna behandlingsrekommendationer. Det är dock viktigt att allmänläkaren har bra utrustning för undersökning av bihålor, öron och stämband samt tillgång till tester för diagnostik av infektioner.

Resistensläget i Sverige 1994 beträffande den vanligaste sjukdomsframkallande bakterien i luftvägarna, pneumokocken, visade att 3,4 procent av pneumokockerna var delvis resistenta mot penicillin. I Malmö, som har en hög konsumtion av antibiotika, rapporterades att hela 16 procent av pneumokockerna hade nedsatt känslighet för penicillin. Vid total resistens måste behandlingskrävande patienter med exempelvis vanlig öroninflammation, läggas in på sjukhus för att få antibiotika i dropp. Utomlands har bakterier, som är resistenta mot många antibiotika (s k multiresistens), blivit allt vanligare och hotar effektiv behandling mot en rad bakteriesjukdomar såsom tuberkulos och salmonella.

Inför framtiden bör primärvården ha ett förstahandsansvar för luftvägsinfektioner. Alla läkarbesök på grund av infektion bör registreras och följas upp beträffande diagnos och antibiotikabehandling och riktlinjer utfärdas så att antibiotikaanvändningen kan sänkas ordentligt i samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Kunskapen om aktuella infektioner som pågår i lokalsamhället måste öka i samarbete med smittskyddsorganisationen.

I samband med besök på barnavårdscentral och vid undersökning för akut luftvägsinfektion bör föräldrar informeras om det naturliga förloppet vid luftvägsinfektioner och hur de kan utnyttja egenvård.

Vaccination mot pneumokocker är motiverat för den äldre befolkningen för att förebygga lunginflammation framför allt. Studier av pneumokockvaccinering av barn bör fortsätta. Allmänläkare bör delta i ökad forskning kring diagnostik, behandling, epidemiologi och resistensproblematik inom infektionssjukdomar.

Vid förvärrat resistensläge måste fler patienter handläggas utan antibiotika och i stället behandlas med öronstick (paracentes) vid öroninflammation och med käkhålespolning vid bihåleinflammation. Detta kräver ökad fortbildning och träning av allmänläkare.

Muskel- och skelettsjukdomar

Denna sjukdomsgrupp omfattar en mångfald tillstånd i rörelseorganen, allt från lokaliserade stukningar och muskelsträckningar eller senfästesinflammationer och ledsmärtor till diffusa smärtor i musklerna. Dessa tillstånd är ytterst vanliga och många patienter söker ej läkare då besvären är snabbt övergående. Omkring 60 procent av de som sjukskriver sig själva en vecka för ont i ryggen, återgår i arbete utan speciella åtgärder. Avgränsningen mellan upplevda besvär och konstaterad, definierad sjukdom är diffus och glidande och tillståndet formuleras ofta av den drabbades egna upplevelser.

Vissa kroniska smärttillstånd är mer väldefinierade och påtagliga med etablerad diagnostik och behandling. Hit hör reumatisk ledsjukdom och broskförstöring i lederna, s k artros eller något oegentligt kallad ledförslitning. Dessa tillstånd utgör dock en minoritet i sjukdomspanoramat av muskel- och skelettsjukdomar. Betydligt vanligare är de många smärttillstånd där vi inte kan fastställa en säker, objektiv, fysisk orsak till smärtan. För att kunna förstå och behandla dessa tillstånd är det viktigt att beakta såväl fysiska och psykiska som sociala, ekonomiska och kulturella omständigheter. Muskel- och skelettsjukdomar har blivit ett av de dyraste sjukdomsproblemen i de industrialiserade länderna. I Sverige står muskel- och skelettsjukdomar för ungefär hälften av all långtidssjukskrivning och för det högsta antalet beviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Kvinnor drabbas oftare än män.

Av tradition ordineras de flesta patienter med muskel- och skelettsjukdomar behandling hos sjukgymnast. Vetenskapliga bevis för effektiv behandlingsregim saknas. Många patienter söker sig också till alternativ medicin. Långvarig sjukskrivning försvårar återgång till arbetet. Ofta förlängs sjukskrivningar i väntan på olika utredningar och

specialistkonsultationer och den mest gynnsamma tiden för yrkesrehabilitering kan försittas. Analys av samband mellan muskel- och skelettsjukdomar och andra omständigheter har visat att andelen stressfyllda och passiva jobb har ökat för kvinnorna men inte alls för männen. Antalet kvinnor med muskel- och skelettsjukdomar ökar samtidigt som dessa sjukdomar minskat bland män. Kvinnor kan ibland skruva ned sina yrkeslivsambitioner till förmån för en mer familjeorienterad attityd, d v s familjen kommer i första hand och jobbet i andra. Detta försvårar rehabilitering men dessa aspekter kommer mycket sällan upp konkret vid rehabiliteringsträffar. Många patienter har även eller får under sjukskrivningen psykiska besvär och relationsproblem i hem och i arbete. En del har ett dolt alkoholmissbruk.

Patienterna har en komplex smärtproblematik och det är oftast svårt att finna en avgörande orsak till att besvären blir långdragna. Problematiken ställer stora krav på kunskaper inte bara i smärtdiagnostik utan också på förhållningssätt, bemötande och behandling från läkarens sida. Framför allt behöver patienten en fast och tillgänglig läkarkontakt som kan lyssna och ta patienten på allvar, samordna nödvändiga medicinska undersökningar, sköta sjukskrivningen med omsorg och tidigt starta yrkesrehabilitering. Allmänläkaren har här en viktig uppgift och goda förutsättningar att vara den fasta läkarkontakten. Denna patientgrupp löper annars stor risk att skickas runt mellan många läkare, där olika åtgärder sätts in utan samordning. Det är angeläget att länssjukvårdens specialister kan ge snabba konsultationer som stöd åt allmänläkaren. Det är även av stor betydelse att allmänläkaren har möjlighet att avsätta ordentligt med tid för dessa patienter.

Hypertoni

Hypertoni – eller högt blodtryck – är ett tillstånd som väsentligen är symtomlöst men på sikt förenat med risk att insjukna i slaganfall, hjärtinfarkt och njursjukdom som alla har en hög dödlighet. Med trycksänkande läkemedel kan man minska dessa risker. Från befolkningsstudier har man visat att 10 till 15 procent av den vuxna befolkningen har behandlingskrävande hypertoni. Praktiskt taget hela denna grupp är numera omhändertagen och det finns idag inget behov av riktad populationsscreening, d v s att mäta blodtrycket på hela befolkningen. Däremot bör alla patienter som söker primärvården få sitt blodtryck mätt. Man fångar då de flesta nya hypertonipatienterna, eftersom 85 procent av befolkningen kommer i kontakt med primärvården under en femårsperiod.

Riktlinjer finns för hur högt blodtryck skall utredas och behandlas. Denna patientgrupp lämpar sig mycket bra för primärvården att ta hand om i samarbete mellan allmänläkare och distriktssköterska och vissa sköterskemottagningar för hypertoni. Enstaka hypertonipatienter kräver även länssjukvårdens kompetens och resurser tidvis eller permanent.

Läkemedelsbehandlingen av hypertoni har nyligen utvärderats av Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Av denna rapport framgår att det ej finns några dokumenterade skillnader i effekt eller tolerans mellan äldre väldokumenterade och billigare preparat och nyare och dyrare. Ändå har det skett en kraftig förskjutning mot de nyare preparaten, vilket står i kontrast till de ansträngningar som görs att spara inom vården i övrigt. Värdet av att behandla lätt förhöjda blodtryck är också ifrågasatt.

Kostnaderna för att ta hand om hypertonipatienter är påtagligt lägre i primärvården än inom länssjukvårdens öppenvård utan att detta medför några mätbara negativa kvalitetseffekter i behandlingen. Detta förutsätter dock att bemanningen i primärvården är adekvat förutom kunskapen.

Diabetes

Diabetes är en folksjukdom som ökat kraftigt de senaste decennierna från cirka 2 procent av befolkningen på 1970-talet till 3–4 procent idag. Var fjärde svensk riskerar att få diabetes under sin livstid.

Två huvudtyper av diabetes finns:

Typ 1 eller barndiabetes utgör 10–15 procent av alla diabetesformer och fordrar alltid insulin. Typ 1-diabetes omhändertas idag huvudsakligen inom länssjukvården.

Typ 2 eller vuxendiabetes utgör cirka 85 procent av all diabetes och drabbar främst äldre människor. I början av sjukdomen räcker det i regel med kostreglering och tabletter, men småningom krävs ofta övergång till insulin för att få sockersjukan under god kontroll.

Diabetes medför ökad risk för skador i ögon, njurar, hjärta och blodkärl samt nerver. Detta kan leda till nedsatt syn, eventuellt blindhet, njursvikt, hjärtinfarkt, kallbrand, slaganfall osv.

Läkarkontrollerna syftar till att upptäcka sjukdomen på ett tidigt stadium så att behandling kan insättas och resultatet fortlöpande kontrolleras. Blodsockret sänkes till så normala nivåer som möjligt med

olika insatser såsom reglering av kost och motion, minskning av övervikt, blodsockersänkande tabletter och insulin. En normalisering av blodsockret förebygger eller uppskjuter riskerna för komplikationer.

Typ 2-diabetes kan i de flesta fall kontrolleras på vårdcentraler med stöd av länssjukvården vid komplikationer eller behandlingssvikt. Det är en fördel om diabetesvården vid vårdcentralen organiseras i team med diabeteskunnig allmänläkare, diabetesutbildad sjuksköterska och tillgång till fotterapeut. Patienter med vuxendiabetes kommer att behöva sjukvårdens resurser under längre tid av sina liv i framtiden än som varit fallet de senaste 10–20 åren. Detta beror på att insjuknandet sker något tidigare och att patienterna genom en allt bättre behandling lever längre och därmed hinner utveckla fler komplikationer, hinner få fler hjärtinfarkter och efter 10–15 års sjukdom ofta behöver insulinbehandling.

Det är värdefullt om vårdprogram utarbetas i samarbete med länssjukvården så att samma goda kvalitet kan hållas i vården oberoende av var patienten kontrolleras. Exempelvis är det viktigt att ögonbottenfotografering sker regelbundet liksom undersökning av fötterna.

Om typ 2-diabetikerna fortsätter att öka i antal under kommande år får primärvården ta ett ökande ansvar för denna stora patientgrupp. Forskning behöver utökas om vuxendiabetes och dess komplikationer. Möjligheter till primärprevention med ökad fysisk aktivitet och minskad övervikt behöver uppmärksammas. Riskfaktorer hos vuxendiabetikerna skulle kunna behandlas bättre än som görs idag. Framför allt är diabetikernas blodfettrubbningar obehandlade i stor utsträckning med ökad risk för hjärtinfarkt etc. Fortbildningsbehovet är stort inom primärvården för att kunna ta hand om den ökande diabetesgruppen på ett optimalt sätt.

Primärvårdens psykiatri

Psykiska besvär anses vara vanliga hos patienter som söker primärvården. Vid vissa mottagningar som kontinuerligt registrerar diagnoser, finner man dock psykiatrisk diagnos i endast 2–4 procent av besöken. Högre frekvens redovisas från andra mottagningar. Skillnaderna torde främst bero på variationer i diagnostisk tradition. Sannolikt göms psykiska problem i andra diagnoser. Detta gäller särskilt psykosomatiska tillstånd, som kan redovisas med enbart en kroppslig diagnos. Vid speciella studier har man funnit att 10–20 procent av patienterna uppfattas av läkare ha psykiska eller psykosociala besvär som motiverat besöket. I många fall finns mer eller mindre dolt alkoholmissbruk med i bilden.

De psykiska besvär som patienten presenterar består av olika krisreaktioner, oros- och spänningstillstånd, psykosomatiska besvär, lättare depressioner och neurotiska besvär samt sömnproblem. Mer sällan kommer patienter med schizofreni eller svår depression och dessa patienter behöver i regel psykiaterkontakt. Många psykiatriska patienter har ofta även kroppsliga besvär från bröst och bukorgan eller värk i huvud och muskler. Dessa patienter behöver en noggrann medicinsk bedömning utan att läkaren medikaliserar problemen. Allmänläkaren har goda förutsättningar att ta ett huvudansvar för handläggning av dessa patienter, där det gäller att kunna lyssna och ta patientens problem på allvar och gradvis genom god kontinuitet och tillgänglighet skapa en förtroendefull kontakt. Många av dessa patienter utgör samtidigt allmänmedicinens utmaningar och påfrestningar och kräver ofta mycket tid och engagemang. Behandlingen går ofta ut på att hjälpa patienten att förstå sin egen situation och själv hitta en lösning.

Det är av stor vikt att allmänläkaren får återkommande fortbildning i psykiatri. Här kan länssjukvårdens psykiatriker medverka. Ett framgångsrikt exempel finns från Gotland, där alla distriktsläkare fick fortbildning av psykiater i diagnostik och behandling av depression. Distriktsläkaren kunde därefter själv handlägga fler patienter med depression på ett effektivt sätt och även bättre uppmärksamma när patienten riskerade att begå självmord. Detta resulterade i att självmordsfrekvensen för kvinnor sjönk påtagligt på Gotland efter fortbildningsinsatsen. Dock steg självmordsfrekvensen småningom igen. Detta visar att fortbildningsinsatserna behöver upprepas.

Äldrevård och demensvård

Antalet äldre fortsätter att öka något fram till år 2010 liksom antalet dementa, (tabell 1) vilket ställer ökade krav på sjukvård och omvårdnad i eget hem och särskilda boendeformer (sjukhem, gruppboende, ålderdomshem, servicehus).

Tabell 1 Fördelning av äldre och dementa

År	Antal 65 år och äldre	Antal 80 år och äldre	Antal Dementa
1990	1 526 000	370 000	151 000
2000	1 529 000	455 000	181 000
2010	1 697 000	481 000	201 000

Speciellt på sjukhem och på ålderdomshem har antalet personer med demens ökat påtagligt. Enligt studier från bl a Västerbotten, Västernorrland och Stockholm har andelen med demens och andra svåra kognitiva störningar på sjukhem ökat från 30 procent år 1978 till 80 procent år 1993 och på ålderdomshem från 15 procent till 50 procent motsvarande år. Ofta bidrar demenssjukdomen till att sjukhemsvård blir nödvändig på grund av annan samtidig kroppslig sjukdom, som i avsaknad av demens skulle kunna skötas i vanlig hemsjukvård.

Både landsting och kommun har ansvar för primärvårdsinsatser i äldrevård och demensvård. Landstinget svarar för all läkarvård samt övrig hemsjukvård i omkring hälften av kommunerna. Övriga kommuner har genom avtal övertagit hemsjukvården från landstingen, förutom läkarinsatser. Samtliga kommuner har genom Ädel-reformen ansvar för vården vid det särskilda boendet med undantag av läkarinsatser. Samordningen av de båda huvudmännens primärvård behöver utvecklas för att primärvården totalt skall kunna möta de ökade vårdbehoven. I Socialstyrelsens uppföljning av Ädel-reformen har man uppmärksammat brister i det medicinska omhändertagandet vid sjukhemmen, både vad gäller läkartillsyn, rehabilitering och omvårdnad.

De boende vid sjukhem får oftast mindre planerad uppföljning av kroniska sjukdomar och omprövning av medicinering, än de som bor i eget hem och regelbundet besöker vårdcentral. Ansvaret för rehabilitering har uppfattats oklart mellan landsting och kommun och blivit eftersatt. Olika åtgärder pågår för att förbättra dessa förhållanden. Läkarinsatserna i det särskilda boendet är dock fortfarande otillfredsställande. Många sjukhem har ett flertal olika husläkare som har ansvar för sina enskilda listade patienter. Dessa många kontakter försvårar samarbetet med kommunens sjuksköterskor. Det är för vårdens säkerhet och kvalitet angeläget att allmänläkaren besöker det särskilda boendet regelbundet och tillsammans med sjuksköterskor och annan personal går igenom varje patients medicinska situation.

Oftast deltar inte heller läkaren i vårdplaneringen av nykomna patienter. Jourhavande primärvårdsläkare har många gånger svårt att snabbt komma för bedömning av akut sjuka vid sjukhem och ålder-

domshem eller i det egna hemmet. Patienten kan då bli inremitterad till sjukhus utan att läkaren bedömt om vård kunnat ges i primärvården. Allmänläkarens roll i vårdplanering tillsammans med övrig personal i primärvården har försämrats efter Ädel- och husläkarreformen. Det är viktigt att insatserna från allmänläkaren stärks och utvecklas, särskilt för patienter i särskilt boende men även i hemsjukvården.

Äldrevården i såväl särskilt som eget boende behöver sålunda ha betydligt bättre tillgång på läkare, såväl för regelbunden planerad kontroll av patienter, som för akuta bedömningar dygnet runt. När en skröplig och sjuk åldring väl har kommit till sjukhusets akutmottagning, är det svårt att skicka hem patienten till primärvården, även om sjukhusets medicinska resurser ej behövs. Transporterna är dessutom påfrestande för patienten och bör undvikas så långt som möjligt.

De korta vårdtiderna vid akutsjukhusen har medfört att allt sjukare patienter skickas hem för fortsatt omhändertagande av primärvården, ibland med krävande medicinska behandlingar, ibland för terminalvård. De medicinska insatserna i äldrevården behöver därför gradvis öka så att patienterna kan få en trygg och god vård. Erfarenheterna från primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH) är goda. På vissa orter har man valt lösning med lasarettsansluten hemsjukvård (LAH) beroende på resurstillgång. Oberoende av organisationsform, är personalens kompetens och tillgänglighet på alla nivåer av största vikt, liksom att man har tillgång till snabba specialistkonsultationer bl.a. för avancerad smärtlindring.

Rutiner för vårdkedjor vari ingår informationsutbyte mellan länssjukvård och äldrevård behöver förbättras. Gemensamma lokala vårdprogram kan öka kvaliteten i vården, exempelvis för utredning och vård av demenssjuka. Ädel-reformen lyfte fram de sociala aspekterna och betonade vikten av ett eget boende. Det är nu viktigt att även utveckla den medicinska vården i äldrevården på ett väl avvägt sätt. Patienter som vistas i eget hem eller i särskilt boende bör kunna få fullständiga primärvårdsinsatser dygnet runt så att onödiga resor till länssjukvården undviks. Detta innebär att allmänläkare generellt måste avsätta mer tid för äldrevården och att sjuksköterskornas ansvarsområden bättre avpassas efter vårdtyngden.

Förebyggande arbete

Förutsättningarna för preventivt arbete har delvis ändrats genom de primärvårdsreformer som skett under senare år. Ädel-reformen drog en gräns genom distriktssköterskans tidigare arbetsfält som omfattade hälso- och sjukvård för alla åldrar inom ett geografiskt område eller distrikt.

Kommunens sjuksköterskor har nu ansvar för äldrevården inom särskilt boende samt genom avtal även för hemsjukvård i hälften av landets kommuner. I detta ingår individinriktad prevention.

Landstingets distriktssköterskor har kvar sitt områdesansvar med uppsökande verksamhet. Barnavårdscentralen har efter Ädel fått större utrymme hos de distriktssköterskor som ej längre har ansvar för hemsjukvård. Barnmorskornas preventiva arbete inom mödravårdscentralen bedöms ej bli förändrat. Information om sex och samlevnad vid ungdomsmottagningar och i skolor är viktiga inslag.

Allmänläkarnas förebyggande arbete kommer troligen även fortsättningsvis att ha sin tyngdpunkt i individprevention, oftast i anslutning till konsultation för olika sjukdomar. Att få människor att avstå från tobak och vara måttliga med alkohol kommer även i framtiden att vara de dominerande preventiva uppgifterna. Här krävs dock metodutveckling och samarbete mellan allmänläkare och distriktssköterska. I den mån allmänläkarna ej har områdesansvar försvåras sådant samarbete.

Inom skolhälsovården pågår också ett preventivt arbete med hälsofostran och tidigt uppmärksammande av barn som behöver särskilda insatser. Skolsköterskan är centralfigur i detta arbete men behöver ett medicinskt stöd av skolläkare. Oro har funnits under senare år att skolhälsovården håller på att nedrustas och att den specifika kompetensen och erfarenheten skingras.

Det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet utreds inom HSU 2000 som skall ta ställning till ansvars- och uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner. Hittills har det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet inte rymts inom primärvården annat än i undantagsfall och i liten skala. Det vetenskapliga underlaget för vissa screeningverksamheter är också under omvärdering. Nyttan av att tidigt upptäcka exempelvis kemiska avvikelser i blodet eller urinen hos friska individer måste bättre dokumenteras innan massundersökningar startas i befolkningen.

Primärvårdens och länssjukvårdens kunskap om befolkningens hälsa och ohälsa bör i ökad omfattning kunna sammanställas av landstingens samhällsmedicinska enheter och ge underlag för samhällsplaneringen exempelvis beträffande bostäder, skolor och trafikmiljö.

Utbildning och forskning

I takt med att patienter med vanliga sjukdomar i ökad utsträckning överförs till vårdcentraler, kan utbildningsbehovet av medicine studerande också förväntas öka vid dessa.

Handledning och utbildning av AT- och ST-läkare kommer att vara oförändrade uppgifter för vårdcentralerna. Däremot kan man förvänta sig ett ökat utbildningsbehov med handledning och kursgivning åt läkare från länssjukvården som behöver omskolas till allmänläkare.

Forskning är en annan viktig uppgift för allmänmedicinen. Institutionerna vid universiteten är självklara centra för forskningen, men denna är också beroende av att kunna knyta till sig allmänläkare från fältet där patienterna finns. Många allmänläkare är idag jämsides med sitt patientarbete knutna till en allmänmedicinsk institution, där de får handledning i sin forskning. Ett sextiotal allmänläkare har disputerat inom allmänmedicin. Det är synnerligen angeläget för allmänmedicinens och primärvårdens utveckling att denna forskning kan fortsätta och utvecklas. Angelägna områden är våra vanliga sjukdomar, studier av medicinsk praxis, konsultationer, beslutsstöd i vården, sjukskrivning och riskfaktorer för förtidspension.

Även forskning inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi är nya områden, där man kan förutsätta en stark utveckling för att öka kvaliteten och effektiviteten i primärvården. Denna forskning är också beroende av att kunna engagera respektive yrkesföreträdare inom primärvården.

På liknande sätt är man inom kommunerna medveten om att kommunal sjukvård behöver utvecklas med hjälp av forsknings- och utvecklingsarbete och resurser behöver avsättas för att bygga upp kunskapscentra.

Primärvårdens resursbehov inför år 2010

Primärvårdens prestationer redovisas sedan många år främst i form av antal besök. Däremot vet man mindre om innehållet eller omfattningen av besöken, varför jämförelser blir svåra att göra. Primärvårdens möjligheter att redovisa innehållet i vården har emellertid ökat väsentligt genom den snabba datoriseringen som skett av patientjournalerna. Förutsättningarna för uppföljning och kvalitetssäkring av vården har också blivit bättre.

I Sverige görs årligen omkring 25 miljoner öppenvårdsbesök hos läkare, varav ungefär hälften sker i primärvården och hälften inom läns-

och regionsjukvården. Besöken inom primärvården har långsamt ökat medan motsvarande nedgång har skett inom läns- och regionsjukvården. Vid sjukhusens mottagningar sköts dock fortfarande många patienter som lika bra eller bättre skulle kunna omhändertagas inom primärvården om kapacitet och organisation var bättre avpassad. Av de patienter som söker primärvården remitteras 5–10 procent till länssjukvården för vård eller konsultation.

I regeringens proposition 1994/95:195, som antogs av riksdagen i juni 1995, anges att primärvården måste ha en dimensionering som står i relation till dess uppgifter och ansvar. Under primärvårdens uppbyggnad de senaste 25 åren har funnits en konstant brist på läkare, medan personalgrupperna runt läkarna har vuxit och gjort primärvården relativt personaltät. Under 1980-talet minskade t o m antalet distriktsläkartjänster från 3 500 till 3 250, medan samtidigt läkartjänsterna nästan fördubblades inom läns- och regionsjukvården från 6 350 till 11 250 tjänster. Många läkartjänster inom primärvården var dessutom vakanta eller upprätthölls av vikarier. Primärvården har därför haft svårt att leva upp till sin roll att vara basen i sjukvården.

Befolkningens tilltro till primärvården är beroende av tillgång på kompetenta allmänläkare, god tillgänglighet och kontinuitet. Finns ej detta fortsätter befolkningen att söka länssjukvården, även för sjukvård som primärvården är väl lämpad för. Ansvar och resurser måste därför följas åt. Enligt propositionen 1994/95:195 bör eftersträvas i genomsnitt en allmänläkare per 2 000 invånare. Sverige närmar sig då en dimensionering av allmänläkare som finns i länder med en sedan länge väl utbyggd primärvård. Sålunda har Danmark en allmänläkare per 1 500 invånare och England en per 1 850 invånare. Andelen allmänläkare av alla läkare var i Sverige 13 procent år 1992, medan motsvarande siffra för de övriga nordiska länderna låg omkring 25 procent.

I november 1994 fanns i Sverige 4 188 registrerade husläkare varav 25 procent arbetade deltid. Detta motsvarade 3 645 heltidsarbetande läkare. För att nå målet 2 000 invånare per heltidsarbetande allmänläkare behövs det enligt Landstingsförbundets beräkningar 6 000 specialister i allmänmedicin, under förutsättning att deltidsarbete sker i samma utsträckning som idag. Detta antagande är rimligt med tanke på att många allmänläkare har reducerad tid för patientarbete på grund av föräldraledighet, administrativa uppdrag, forskning och utvecklingsarbete, handledning osv. Nyrekryteringsbehovet skulle således vara 2 000–3 000 allmänläkare.

Den kraftiga nedgången av utbildningstjänster i allmänmedicin (ST-tjänster) täcker knappt pensionsavgångarna som är omkring 1 000 fram till år 2010. Inte ens en kraftig ökning av ST-tjänster skulle inom rimlig tid täcka nyrekryteringsbehovet. I regeringens planer ingår dock en omfördelning av resurser från länssjukvård till primärvård, vilket är

möjligt då många patienter idag sköts inom länssjukvårdens öppenvård utan att vara i behov av länssjukvårdens specialistkompetens eller resurser. Läkare från länssjukvården skulle kunna överföras till primärvården och med särskild fortbildning få allmänmedicinsk kompetens. En sådan omfördelning skulle även bli nödvändig om akutsjukhusen omstruktureras och minskar på antalet akutmottagningar. En minskning av olika jourlinjer frigör då läkare inom länssjukvården.

Hälso- och sjukvården måste ses som en helhet, där olika vårdnivåer är beroende av varandra som kommunicerande kärl. Detta innebär att en neddragning av resurser inom länssjukvården förutsätter att vissa uppgifter kan skötas i primärvården i stället. Otillräcklig utbyggnad av primärvården medför att befolkningen söker länssjukvården även för basal sjukvård som hör till primärvårdens ansvar och uppgifter. Länssjukvård och primärvård behöver därför samverka och stödja varandra för att utnyttja resurserna optimalt. Den snabba medicinska utvecklingen innebär också ständiga förskjutningar av ansvar mellan vårdnivåerna. När undersökning och behandling av en sjukdom blivit väl utprövad inom länssjukvården kan ansvaret i lämpliga fall överföras till primärvården och därmed ge länssjukvården möjlighet att i stället utveckla ny teknik och utpröva nya behandlingar. Inom primärvården överförs också ett visst ansvar för uppföljning av patienter från läkare till sjuksköterskor inom ramen för vårdprogram exempelvis beträffande diabetes, högt blodtryck och astma. Distriktssköterskor har även fått rätt att förskriva vissa läkemedel, främst inom omvårdnad. Från primärvården har skett en förskjutning mot egenvård där patienterna numera kan köpa betydligt fler mediciner receptfritt såsom näsdroppar, hostmediciner, smärtstillande medel och cortisonsalva. Denna dynamiska utveckling bygger på en samverkan och förtroende mellan vårdnivåerna så att patienten alltid kan få tillgång till god vård på rätt nivå.

Den gradvis ökande hemsjukvården, som även blir alltmer medicinsktekniskt avancerad, kommer att kräva en bättre bemanning av såväl sjuksköterskor som läkare. Det blir även helt nödvändigt att länssjukvården förmedlar sitt kunnande till primärvårdens personal med fortbildning inom de områden där primärvården skall ta ett medicinskt ansvar.

Föredrag vid seminarium i maj 1995 om primärvårdens utveckling mot år 2010:

Luftvägsinfektioner – diagnostik, behandling och behandlingskonsekvenser.
Med. dr. Sigvard Mölstad

Muskel- och skelettsjukdomar.
Distriktsläkare Eva Johansson

Hypertoni och hypertonibehandling.
Professor Kurt Svärdsudd

Diabetes mellitus.
Med. dr. Dan Andersson

Primärvårdens psykiatri.
Docent Bengt Mattsson

Äldrevård och demensvård inom primärvården inför 2000-talet.
Docent Anders Wimo

Det förebyggande arbetet inom primärvården.
Professor Lennart Råstam

Utbildning och forskning inom allmänmedicin.
Professor Gösta Tibblin

Bilaga 9
Den somatiska korttidsvårdens utveckling inför år 2000

Ingvar Karlberg
Medicinalråd, Socialstyrelsen,
Stockholm

Innehåll

Den Somatiska korttidsvårdens utveckling inför år 2000

Av Ingvar Karlberg

Förord 37
Bakgrund och sammanfattning 38
Akut omhändertagande 41
Förändringstrender inför 2000-talet 45
Internmedicin 47
Barn- och ungdomsmedicin 53
Kirurgi 58
Ortopedi 63
Urologi 69
Kvinnosjukdomar och förlossningar 74
Kvinnosjukdomar 78
Ögonsjukvård 79

Den somatiska korttidsvårdens utveckling inför år 2000

Av Ingvar Karlberg

Förord

Inom ramen för HSU 2000 avhölls den 10 maj 1995 ett seminarium med deltagande från Socialstyrelsens medicinska expertgrupper. Avsikten med seminariet var att belysa den förväntade utvecklingen inom några av de största medicinska specialiteterna.

Underlag presenterades för akut omhändertagande av chefsöverläkare Bo Brismar, Södersjukhuset, Stockholm, för kvinnosjukvården av chefsöverläkare Stig Gårdmark, Helsingborgs lasarett, för internmedicinen av chefsöverläkare Thomas Kjellström, Helsingborgs lasarett, av professor Lars Wallentin, Uppsala Akademiska Sjukhus, av professor Lars Rydén, Karolinska Sjukhuset, Solna och av chefsöverläkare Håkan Emanuelsson, Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg, för ortopedin av professor Karl-Göran Thorngren, Universitetssjukhuset, Lund, för urologin av professor Silas Pettersson, Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg och för ögonsjukvården av chefsöverläkare William Thorburn, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, av överläkare Elisabet Agardh, Universitetssjukhuset, Lund och av chefsöverläkare Mats Lundström, Centrallasarettet, Karlskrona. Särskilda texter hade lämnats från expertgrupperna i kirurgi och pediatrik. Dessa inlägg kompletterades med en allmän diskussion. Denna sammanställning har i vissa fall kompletterats med ytterligare material från de medicinska expertgrupperna.

För sammanställningen av rapporten svarar medicinalråd Ingvar Karlberg, Socialstyrelsen. I det interna arbetet med rapporten har avdelningsdirektörerna Lars Nyberg och Marianne Rambro samt redaktör Maud Lindeberg, Socialstyrelsen deltagit.

Bakgrund och sammanfattning

Samhällsutvecklingen och den medicinska utvecklingen stimulerar gemensamt till en kontinuerlig anpassning av sjukvårdens innehåll och omfattning i landet. Den tekniska utvecklingen innebär möjligheter till snabba och säkra transporter liksom omedelbart informationsutbyte mellan vårdgivare oavsett avstånd – så kallad telemedicin. Samhällsutvecklingen innebär att nya befolkningscentra tillkommer och att gamla förändras bland annat beroende på förändringar i arbetsmarknaden, något som direkt påverkar behovet av och inriktningen för den lokala hälso- och sjukvården.

Människor i vårt land lever allt längre och samtidigt blir också de äldsta grupperna allt friskare fram till de sista levnadsåren. WHO beskriver detta som "compression of morbidity". Vårdkostnaden per patient äldre än 75 år var 1990 70 procent högre än 1970. Orsaken är människors successivt förbättrade allmäntillstånd i allt högre åldrar och den medicinska utvecklingen mot mer skonsamma metoder, som medger framgångsrik behandling vid svåra sjukdomar även för de äldsta grupperna. Inom många områden har den medicin-tekniska utvecklingen inneburit att enklare behandlingsformer kunnat införas. Inom andra har medicinsk behandling ersatt tidigare kirurgiska ingrepp, till exempel för behandling av magsår.

Idag sker en förskjutning av sjukvårdens ansvar så att man i allt högre utsträckning behandlar äldre befolkningsgrupper med stora omvårdnadsbehov och behov av rehabilitering. Bland dessa grupper ökar också efterfrågan på insatser riktade mot åldersförändringar, till exempel grå starr och utslitna leder. Trendanalyser, som tidigare gjorts inom ramen för HSU 2000, talar därför för ett ökat behov inför 2000-talet av i första hand medicinska insatser och av insatser riktade mot åldersförändringar samt ett ökat omvårdnadsbehov.

En bra illustration utgörs av de människor som råkar ut för brott på lårbenshalsen. Dessa patienter är i genomsnitt närmare 80 år och 80 procent är kvinnor. Efter behandlingen lever 80 procent efter två år, och de som avlidit har dött av orsaker som inte har med benbrottet att göra. Ingen patient med brott på lårbenshalsen är för gammal för att opereras. En ökande grad av benskörhet hos äldre kvinnor och bristen på effektiva förebyggande åtgärder talar för ett ökande behov under de närmaste åren.

En annan grupp med ett likartat behov av närhet, tillgänglighet och sjukvårdskapacitet är åldriga patienter som behandlas för cancer i grovtarmen, en av de vanligaste cancerformerna hos äldre människor, där kirurgisk behandling ger mycket god symptomlindring och där den

relativa dödligheten i cancersjukdomen (det vill säga i relation till andra personer i motsvarande ålder utan cancersjukdom) inom 10 år är 50 procent.

Godartad förstoring av prostatakörteln drabbar alla män. Symptomen blir allt mer uttalade med stigande ålder och även för dessa människor är tillgänglighet och vårdkapacitet viktigt. För denna behandling krävs emellertid till skillnad från vid benbrott och vid cancersjukdom ett individuellt avvägande mellan symptom, behov och behandlingsmöjligheter. Till detta kommer introduktion av nya behandlingsmetoder, vilket redovisas i rapporten.

Ett ytterligare område som berör mycket stora grupper av människor är behandling av grå starr. Även för denna insats krävs individuella bedömningar av behov, behandlingsmöjligheter och förväntade vinster. Även denna grupp av patienter är åldrig och har i betydande utsträckning även andra åldersförändringar i ögat, som kan göra effekten av en starroperation mindre än förväntat. I rapporten redovisas underlag, som talar för ett ökande behov i takt med förändringen i befolkningssammansättningen.

I denna rapport redovisas specialitetsvis det förväntade innehållet inom de största verksamhetsområdena inför 2000-talet. De utvalda områdena representerar större delen av den somatiska korttidssjukvården. Av sammanlagt 1,5 miljoner vårdtillfällen i sluten, somatisk korttidsvård år 1993 svarade de medicinska områdena för en tredjedel, de opererande specialiteterna kirurgi, ortopedi och urologi tillsammans för ytterligare en tredjedel och barnmedicin för närmare 10 procent. Förlossningsvården erbjuds drygt 100.000 blivande mammor med nyfödda barn årligen. Ögonkirurgin, som vuxit mycket snabbt, kommer med nuvarande volym att utnyttjas någon gång i livet av varannan person.

Den akuta vården dominerar de stora verksamhetsområdena. Av patienter, som tas in för sluten vård, kommer fyra av fem inom internmedicin in via sjukhusets akutmottagning. För kirurgi och ortopedi är motsvarande siffra två av tre. Det innebär att akutmottagningen kvantitativt är sjukhusens viktigaste funktion. Hög kompetens och god organisation i det akuta omhändertagandet kommer därför att vara en nyckelfråga för den somatiska korttidssjukvården under det närmaste decenniet.

I rapporten konstateras fortsatt ökade behov av åtgärder vid hjärtsjukdom hos de äldre grupperna i samhället. Ett ökat behov förutses också för patienter, som drabbas av benbrott till följd av åldersförändringar i skelettet. Detta gäller framför allt kvinnor, för vilka möjliga förebyggande insatser inte kan förväntas påverka vårdbehoven inom det närmaste decenniet. Även inom andra områden kan ökade behov förutses, som emellertid inte kräver den slutna vårdens resurser.

En ytterligare ökning av andelen medicinsk dagvård och dagkirurgi kan förutses. Även denna kräver resurser framför allt i form av hög kompetens och en kvalificerad organisation. En sådan utveckling kan också ställa högre krav på andra vårdgivare i hemsjukvården och de särskilda boendeformerna. Kvalitetsmässigt innebär det oftast en fördel för patienten att snabbt kunna åka hem, men som påpekas i rapporten kräver detta väl utvecklade vårdkedjor och god samverkan mellan olika huvudmän.

Det finns för närvarande cirka nittio sjukhus för somatisk korttidsvård i landet. Av dessa kan nästa alla betecknas som akutsjukhus. Under de första åren av 1990-talet har resurserna dragits ner för dessa framför allt genom intern rationaliserig och personalminskning. Sparkraven för de närmaste åren är av samma storleksordning som under de senaste åren. För att göra det möjligt att bedriva god sjukvård i landet, särskilt för de stora patientgrupperna, kan behov av ytterligare strukturförändringar anpassade till de lokala förutsättningarna förutses.

Det råder stora skillnader inom landet i vårdpraxis mätt som vårdutnyttjande. Ett exempel är åtgärder vid kranskärlssjukdom där insatsen mätt som vårdkonsumtion per invånare varierar med 50 procent mellan olika regioner och ännu mer på det lokala planet, trots en tillräcklig kapacitet. En beräkning visar att en genomgående anpassning nedåt inom alla specialiteter och verksamheter till den lägsta nationella nivån motsvarar en potentiell samlad kostnadsreduktion på 15 miljarder kronor årligen. I rapporten konstateras att enhetliga riktlinjer byggda på vetenskapligt underlag kan ge förutsättningar för en kostnadseffektivare vård inom många områden. Inte minst om man introducerar nya metoder och nya mediciner finns risker för ett ineffektivt resursutnyttjande och höga samhällskostnader, samtidigt som värdet för den enskilda patienten är begränsat. Ett sådant exempel ges inom det urologiska området.

Ojämlikhet i omhändertagande och vård, som beror på kompetensbrist och praxisskillnader, kan påverkas inom hälso- och sjukvårdens ram. Det är därför viktigt att det ges bättre förutsättningar för systematisk och kontinuerlig vidareutbildning liksom kunskapsspridning som stöd för förändring och utveckling av vårdpraxis. Däremot kan effekterna av resursbrist endast delvis kompenseras inom hälso- och sjukvårdens ram. Effektivisering i form av korta vårdtider och dagverksamhet, koncentration av sällan förekommande åtgärder och tillämpning av moderna behandlingsmetoder är viktigt, men ansvaret för den stora och växande gruppen av åldringar med vård- och omvårdnadsbehov måste delas med andra huvudmän. I rapporten påpekas detta behov både inom internmedicinen och inom ortopedin.

I anslutning till införandet av nya styr- och verksamhetsformer i vården har intresset för vårdens innehåll ökat. De medicinska kvali-

tetskriterierna är i vissa fall enkla att beskriva och mäta, t.ex. överlevnad efter viss behandling, komplikationsfrekvens eller återgång i arbete. Ett systematisk arbetet bedrivs i de nationella kvalitetsregistren och i sjukvårdsregistren för att utveckla redovisningsformer och ge nationella jämförelsetal. Emellertid är många åkommor inte möjliga att bota, utan sjukvårdens roll är att ge stöd, smärtlindring och förbättring av tillståndet. För effekten av sådana insatser saknas i allmänhet mätmetoder.

De övergripande frågor som denna rapport behandlar, gäller möjligheterna nu och efter år 2000 till vård på lika villkor, kvalitetsproblem inom den somatiska korttidsvården, både när det gäller det medicinska utfallet och servicen t.ex. i form av tillgänglighet samt ett effektivt resursutnyttjande. En fortsatt utveckling av mått och mätmetoder, jämförelsetal och effektredovisningar blir alltmer angelägen i takt med att gapet ökar mellan vad som är medicinskt möjligt och resursmässigt rimligt.

Akut omhändertagande

Akut omhändertagande inför 2000-talet

Fortsatt förändring av åldersstrukturen i befolkningen tillsammans med den medicinska utvecklingen talar för ökade behov av akut omhändertagande. Ökningen sker framför allt inom den internmedicinska och ortopediska verksamheten och omfattar till största delen åldriga människor, ofta med flera sjukdomar samtidigt. Många av dessa kan klara sig bra i eget eller särskilt boende men behöver återkommande insatser från länssjukvården. Någon ökning av akuta kirurgiska åtgärder förutses däremot inte och behoven av akuta åtgärder vid stora olycksfall förväntas minska.

Ett organisatoriskt problem är att akutintagen vid sjukhusen i många fall uppfattas som dygnsöppna mottagningar. Under trycket av ökad efterfrågan är det därför angeläget att akutsjukhusens jourmottagningar behåller sin specialiserade profil och sysslar med insatser, som ingen annan kan erbjuda. Många som söker kan ges lika bra eller bättre utredning, vård och behandling inom primärvården eller vid en tidsbeställd specialist-mottagning. De problem som finns med stort besökstryck fordrar därför utveckling av samverkan med andra vårdgivare och huvudmän.

Akutverksamheten bedrivs idag med onödigt och i vissa fall oacceptabelt låg kompetens. En ökning av kompetenskraven och en samordning mellan sjukhusen pågår och en ytterligare samverkan kan förutses för att bibehålla kvaliteten inom ramen för tillgängliga resurser. För att vård på lika villkor skall kunna erbjudas alla medborgare fordras i glesbygd en kvalitativt och kvantitativt utbyggd sjuktransportservice.

Den framtida vårdstrukturen och akutsjukhusens roll är hög grad beroende av internmedicinens fortsatta utveckling, till exempel för hjärtinfarktvården. Av stor betydelse är också dess behov av röntgenologisk, allmänkirurgisk, ortopedisk och anestesiologisk kringservice. Inom de andra specialiteter kan en fortsatt koncentration förutses med bibehållen medicinsk säkerhet och möjliga kvalitetsvinster inom ramen för oförändrade resurser.

Omfattning och organisation av akut omhändertagande

Vid de internmedicinska klinikerna tas närmare 90 procent av patienterna in som akutfall. Inom kirurgin är motsvarande siffra 60 procent. Varje år gör var tredje invånare ett besök på en akutmottagning. Av dessa patienter läggs var fjärde in för fortsatt utredning, vård och behandling. De akuta vårdtillfällena svarar för två tredjedelar av alla vårdtillfällen och för en tredjedel av alla operationer. Omhändertagandet av akut sjuka och skadade är alltså en av sjukvårdens centrala funktioner, kanske den viktigaste. Trots den stora volymen är akutverksamheten dåligt definierad och ofta bristfälligt organiserad och de oregelbundet inkommande jourfallen betraktas ofta som ett "störande" inslag i den övriga verksamheten.

Allmänheten betraktar ofta akutmottagningen som en dygnsöppen mottagning för sjuka och skadade och inte som en mottagning för akut sjuka eller skadade i verkligt behov av akutsjukhusets resurser. Analyser av besöken visar att mellan 20 och 50 procent av de patienter som söker kunde omhändertagits lika bra eller bättre inom primärvården eller vid planerat besök vid specialistmottagning.

De resurser som avsätts till akutverksamheten varierar starkt mellan olika sjukhus. Vid många kliniker utförs självständigt jourarbete av ensamma, icke legitimerade läkare under utbildning (AT– läkare), ett förhållande som kritiserats ur patientsäkerhetssynpunkt men som också visats vara ineffektivt ur kostnadssypunkt genom att onödiga insatser, inläggningar och åtgärder vidtas medan andra viktiga åtgärder missas.

Det är inte möjligt att vid alla de nuvarande akutsjukhusen upprätthålla komplett jourverksamhet med moderna kvalitetskrav. Ett längre transportavstånd för att nå ett sjukhus med omedelbar tillgång till

adekvata resurser kan därför vara att föredra framför transport till närmaste sjukhus, om där saknas en tillfredsställande jourorganisation. En viss koncentration framför allt av patienter med svåra skador pågår därför i enlighet med bland annat en rekommendation från SBU. Bakom detta ligger också vetskapen om att de mycket svårt skadade är relativt få.

Verksamhetsbeskrivning

Sjukhuskategorier och jourorganisation

Data från det nationella sjukvårdregistret visar att drygt 60 procent av alla vårdtillfällen är akuta. Siffran är stabil över åren. Länsdelssjukhusen är för närvarande 58 stycken och svarar för 30 procent av vårdtillfällena, de 25 länssjukhusen för 40 procent och de 9 regionsjukhusen för 30 procent. Andelen planerad vård är högre vid regionsjukhusen (44 procent) och vid länssjukhusen (38 procent) än vid länsdelssjukhusen (31 procent). Vid de sistnämnda är alltså sju av tio vårdtillfällen akuta.

En annan kategoriindelning kan grundas på akutsjukhusens naturliga eller traditionella befolkningsunderlag för medicinsk och kirurgisk bassjukvård. Trots möjligheter till fritt vårdsökande för allmänheten påverkas patientströmmarna i så måttlig grad att en sådan indelning ger mer information än den som redovisats i förra stycket. Anledningen är bland annat att läns*dels*sjukhusen i storstadsregionerna är förhållandesvis stora medan vissa länssjukhus ute i landet har ett mindre befolkningsunderlag.

En sådan kategoriindelning efter befolkningsunderlag visar att 29 sjukhus har underlag understigande 60.000 invånare. Dessa sjukhus svarar för 12 procent av vårdtillfällena. 19 sjukhus har befolkningsunderlag mellan 60.000 och 100.000 och svarar likaså för 12 procent av vårdtillfällena. Med underlag på 100.000 till 140.000 finns 21 sjukhus, som svarar för 30 procent av vårdtillfällena, medan de största sjukhusen med större befolkningsunderlag än 140.000 är 19 stycken och svarar för 40 procent av vårdtillfällena. Vid alla kategorier av sjukhus är de akuta intagningarna vanligare än de planerade och svarar för 60-66 procent av vårdtillfällena.

I en studie som Socialstyrelsen publicerade 1995 redovisades kompetensen i jourverksamheten i landet vintern 1994–95. Av denna framgår bland annat att det inte vid något länsdelssjukhus fanns

separata sjukhusbundna primärjourlinjer nattetid inom kirurgi och ortopedi, utan akutverksamheten sköttes i form av samjour mellan specialiteterna. Vidare framgår att 31 av 48 länsdelssjukhus saknade sjukhusbunden anestesijour nattetid. Inom internmedicinen hade alla akutsjukhus utom de tre minsta särskild nattjour. Majoriteten av de mindre sjukhusen saknade omedelbar tillgång till operationsavdelning.

När det gäller kompetens utnyttjades AT-läkare eller läkare med mindre än 2 års tjänstgöring inom specialiten regelbundet som jourhavande nattetid vid 90 procent av länsdelssjukhusens medicinkliniker och till 80 procent inom kirurgi/ortopedi. Inom länssjukhusen var motsvarande siffra 50 procent respektive 40 procent. Det innebär att läkare med begränsad kompetens självständigt skötte akutverksamheten vid många akutmottagningar i landet nattetid.

Specialitetsvisa verksamheter

Av samtliga vårdtillfällen i somatisk korttidsvård svarar de kirurgiska specialiteterna för 40 procent, de medicinska för 40 procent, kvinnoklinikerna exklusive förlossning för 10 procent och barn- och ungdomsmedicin för 10 procent. De mindre sjukhusen med ett befolkningsunderlag som är mindre än 60.000 invånare svarar för 30–35 procent av vårdtillfällena inom kirurgi och internmedicin sammantaget. Urologi, gynekologi, pediatrik, öron- och ögonvård är huvudsakligen förlagt till sjukhus med större befolkningsunderlag än 100.000.

Den största andelen akuta vårdtillfällen finns inom internmedicinen med 70–90 procent, beroende på sjukhusens storlek. De allmänkirurgiska och ortopediska klinikerna visar andelar på 50–60 procent. Inom gynekologin är andelen akuta vårdtillfällen 60 procent, inom pediatriken 70 procent och för ögon och öron ligger andelarna kring 30 procent. Andelstalen bygger på data från den slutna vården, vilket innebär att de senaste årens starkt ökade dagkirurgiska och polikliniska verksamhet med åtföljande neddragning av vårdplatser medför att andelstalen för de akuta vårdtillfällena kommer att öka ytterligare. Detta kommer att bli särskilt tydligt för ögon- och öronverksamheterna.

För att planera jourverksamheten kan det vara värdefullt att känna behovet per befolkningsunderlag. Något entydigt mått på behov finns emellertid inte och siffror på efterfrågan ("sjukhusincidens") får användas. Generellt gäller därvid att antalet vårdtillfällen per invånare är högre vid de mindre sjukhusen än vid de större. Det kan ha geografiska skäl, organisatoriska skäl eller bero på olikheter i indikationer i sin tur orsakade av lokal praxis och resurstillgång. Utnyttjandet av AT-läkare som självständiga jourhavande har ovan nämnts som en

möjlig anledning till ett ökat antal inläggningar på mindre sjukhus. Antalet akuta vårdtillfällen per 100.000 invånare var 1991 inom kirurgin 22 till 29 och inom internmedicinen mellan 31 och 43.

De vanligaste akuta intagningsorsakerna är hjärt- och kärlssjukdom, som utgör 25 procent (hjärtinfarkt 5 procent) av samtliga akut inlagda. Symptom och sjukdomar i mage och tarm utgör cirka 20 procent medan frakturer och skador utgör drygt 10 procent. Siffrorna gäller de som lades in på sjukhus. På akutmottagningen svarar patienter som råkat ut för olycksfall för mer än hälften av besöken.

I Sverige föds årligen mellan 100.000 och 125.000 barn. För några decennier sedan fanns det BB–avdelning vid alla akutsjukhus och vid många sjukstugor. Förlossningar var en central del av akutverksamheten. Den tekniska och medicinska utvecklingen har emellertid inneburit en ökad koncentration till sjukhus med möjligheter att utveckla verksamheten och erbjuda bästa möjliga vård även för de få komplicerade fallen.

Fortfarande bedrivs dock förlossningsvård vid 65 sjukhus i landet. Cirka 20 procent av förlossningarna sker på regionsjukhus, 60 procent på länssjukhus, 17 procent på länsdelssjukhus med gynekologisk service och cirka 6 procent på sjukhus utan gynekologisk jourverksamhet. Vid 18 av sjukhusen sker mer än 3000 förlossningar per år och 14 har färre än 1000, varav 5 färre än 500. Det innebär att 20 procent av förlossningarna sker på sjukhus med färre än 900 förlossningar årligen.

Förändringstrender inför 2000-talet

Några kvalitetsproblem har berörts ovan. Det är troligt att dessa kommer att påverka utvecklingen, som till stor del kommer att handla om ett bra resursutnyttjande. Effektivitet i hälso- och sjukvård bestäms inte enbart av antalet insatser vid en viss personalresurs utan i lika hög grad av det medicinska resultatet. En betydande kvalitetshöjning kan alltså vara mycket kostnadseffektiv även om den direkta kostaden ökar. Korrekta bedömningar och snabbt insatta åtgärder är särskilt viktiga vid arbete med akut sjuka och skadade patienter. En tillfredsställande kompetens kan bara uppnås och vidmakthållas genom god utbildning och tillräcklig erfarenhet. Speciella kurser om akut omhändertagande finns i många länder och introduceras nu även i Sverige.

En bättre arbets- och trafikmiljö har inneburit att antalet mycket stora olycksfall har minskat. Denna minskning kommer att fortsätta. För att upprätthålla kompetens och kringresurser för akuta insatser till följd av det som kallas "multipelt trauma" (skador på flera ställen i kroppen

samtidigt) fordras därför att patienterna samlas till vissa sjukhus. En sådan koncentration har bland annat förespråkats av SBU och pågår inom flera landsting.

Läkare under utbildning (AT-läkare) verkar i stor utsträckning som självständiga jourhavande. Detta är ur patientsäkerhetssynpunkt inte tillfredsställande. Det är heller inte god hushållning med resurser. Vidare är allmäntjänstgöringen en del i utbildningen och AT-läkarna har därför berättigade krav på handledning. Detta innebär att AT-läkare av utbildningsskäl bör medverka i jourverksamhet under handledning men däremot inte självständigt svara för akutmottagningar. En delvis ny syn på kompetenskraven för jourverksamhet håller på att utvecklas.

Från allmänkirurgin har avknoppning skett av bland annat frakturbehandling, som övertagits av ortopeder, förlossningsvården sköts av gynekologer och sjukdomar i urinvägarna av urologer. Uppdelningen har varit en förutsättning för den snabba och värdefulla metodutvecklingen, men innebär att allmänkirurgerna idag inte har den kompetens, som fordras för att under jourtid ta hand om patienter med problem, som dagtid sköts av andra specialister. Det pågår en utveckling som innebär att samjour mellan kirurger och ortopeder avvecklas och att förlossningsavdelningar där det saknas gynekolog under jourtid stängs.

En koncentration av den kvalificerade akutverksamheten måste också ta hänsyn till glesbygdsproblem. Långa avstånd är i sig inget problem om transporttiderna kan hållas korta. Detta fordrar en utbyggd sjuktransportorganisation och utveckling av telemedicinen. Likartade problem uppstår vid vissa sjukhus till följd av säsongvariationer. Samverkan med andra sjukhus och förstärkt bemanning periodvis kan vara en lösning.

De största sjukhusen uppvisar en särskild problembild. Även om sjukhusen har tillgång till omfattande resurser och hög kompetens är de inte alltid omedelbart tillgängliga. Organisation i högspecialiserade team kan innebära fördröjningar inom sjukhuset vid det akuta omhändertagandet och kompetensproblem vid bemanning av jourverksamheten. Vid vissa sjukhus bidrar detta till att särskilda akutmedicinska enheter växer fram.

Internmedicin

Internmedicinen inför 2000-talet

Den demografiska, epidemiologiska och medicinska utvecklingen talar för ökade behov av internmedicinsk service under de närmaste åren. Genombrott för nya behandlingsmetoder kan å ena sidan addera nya patientgrupper å andra sidan förenkla behandlingen av andra. Kapacitetsproblem och överbeläggningar kan inte lösas enbart inom internmedicinens ram. De fordrar förbättrad vårdplanering, utveckling av kontakter, en sammanhållen vårdkedja och gemensamma vårdprogram i samverkan med andra vårdgivare och huvudmän.

En reell ökning av behoven innebär emellertid att sådan samverkan, utveckling av nya metoder och dagmedicinsk verksamhet ändå inte är tillräckligt för att bibehålla dagens kvalitet utan ett resurstillskott.

Under trycket av ökad efterfrågan är det avgörande för den medicinska kvaliteten att intermedicinen behåller sin specialiserade profil och sysslar med insatser, som ingen annan kan erbjuda. En ytterligare subspecialisering och spridning av specialistkompetens kan förutses. Den är också en förutsättning för att nya metoder skall kunna introduceras och spridas.

För akutsjukhusens framtida roll och för vårdstrukturen är internmedicinens fortsatta utveckling av största betydelse. Avgörande faktorer är metoder och tekniker för diagnos och behandling av akut hjärtinfarkt, för vården av strokepatienter och patienter med hjärtsvikt, samt behovet av kringresurser i form av röntgen, kirurgi och anestesi.

Dagens internmedicin

Allmän internmedicin och allmänkirurgi är de kärnverksamheter, som bygger upp sjukvården. Från dessa utgår subspecialiteter och på dessa bygger akutsjukhusen sin verksamhet. "Internmedicin är inte i första hand en klinik eller en byggnad utan ett arbetssätt". Innehållet i verksamheten speglar i stor utsträckning samhällsutvecklingen och präglades därför under första halvan av seklet av ett stort inslag av patienter med infektioner och insatser för epidemibekämpning för att därefter övergå till allt större andel sjukdomar relaterade till vällevnad och till effekterna av de demografiska faktorer som en åldrande befolkning innebär.

Internmedicinen tar idag hand om patienter med "folksjukdomar". Vanligast är konsekvenser av kärlsjukdomar i hjärta och hjärna,

diabetes, led-, blod-, njur-, mag-, tarm-, lung-, nerv-, allergi-, perifera kärl- och hjärtsjukdomar samt olika smärttillstånd. Flertalet patienter är åldrade och medelåldern ligger kring 75 år. Många har flera sjukdomar eller besvär från flera organ samtidigt. Många är i behov av forsatta, livslånga medicinska insatser med planerade eller oplanerade återintagningar, polikliniska besök och dagmedicinsk behandling. Omvårdnad i livets slutskede ges i stor utsträckning inom de internmedicinska klinikerna. Dödligheten är hög och var tionde patient som under ett år vårdats vid en medicinklinik avlider under året.

Trots att patienterna blivit äldre och att många har återkommande behov av sjukvård har vårdtiderna kunnat reduceras. Medelvårdtiden var 1991 7,8 dagar, 1992 7,6 dagar, 1993 6,4 dagar och 1994 6,5 dagar. Medianvårdtiden ligger på 3–4 dagar och den vanligaste vårdtiden är en dag. Åldersberoendet visas bl.a. av att människor i åldern över 85 år utnyttjar fem gånger fler vårddagar och fyra gånger fler vårdtillfällen under ett år än gruppen invånare i åldern 60 till 65 år.

Verksamhetsbeskrivning för internmedicin

Slaganfall (stroke) drabbar årligen mellan 200 och 300 människor per 100.000, vilket innebär att 25.000 individer i Sverige varje år insjuknar i ett första strokeanfall. Till detta kommer ytterligare 5.000 som återinsjuknar. Denna sjukdom kräver för närvarande mellan tre och fyra miljoner vårddagar årligen på sjukhus till en kostnad för samhället på tio miljarder kronor. Bättre akut omhändertagande kommer att minska andelen svåra tillstånd och tidiga dödsfall. Det kommer i sin tur att kräva mer och bättre rehabiliteringsresurser.

Patienter med symtom från hjärtat eller med bröstsmärtor är den andra stora gruppen akutsökande vid medicinakuterna i landet. Deras problem beskrivs nedan. Andningsbesvär är ett annat vanligt tillstånd bland patienter som vårdas på de internmedicinska klinikerna.

Även inom den öppna, klinikanslutna vården dominerar patienter med konsekvenser av kärlssjukdomar i hjärta och hjärna. Till detta kommer liksom i den slutna vården patienter med diabetes, led-, blod-, njur-, mag-, tarm-, lung-, nerv- och allergisjukdomar samt olika smärttillstånd. Uppdelningen av ansvaret för dessa patientgrupper mellan internmedicin och allmänmedicin (primärvård) varierar med lokala förhållanden och den lokala kapaciteten. I takt med att lokala och regionala vårdprogram som är gemensamma för olika vårdgivare tas fram, kommer det för patienten att betyda allt mindre vilken del av organisationen som sköter vården, vilket kan underlätta ett rationellt utnyttjande av resurserna.

Mellan 70 och 90 procent av patienterna som vårdas vid medicinklinikerna tas in som akutfall. Tillstånden kan vara akuta och livshotande, de kan vara nyinsjuknanden eller förvärring av kroniska tillstånd. Många av dessa har remiss från husläkare eller primärvård, många kommer från särskilda boendeformer i kommunal regi. Samverkan mellan vårdnivåerna i form av goda vårdkedjor är avgörande för medicinklinikernas funktion och kapacitet.

Eftersom nästan alla patienter som tas in för sluten sjukhusvård kommer in via akutmottagningen, kan kvalificerad internmedicinsk *akut*verksamhet inte bedrivas utan vårdplatser, inte heller kan *sluten* internmedicinsk vård motiveras utan att den är kopplad till akutverksamhet. Akutmottagningen behöver dock inte vara öppen dygnet om, året om utan kan anpassas till lokala och geografiska förhållanden. Kvalificerad internmedicinsk verksamhet kan däremot bedrivas vid ett sjukhus även om sjukhuset saknar egen akutkirurgisk kompetens, som vid behov kan erhållas i form av konsultation från närliggande sjukhus. Begrepp som "lättakut" eller "halvakut" är verklighetsfrämmande för internmedicinens akutpatienter, som ofta är gamla och har flera olika sjukdomstillsånd samtidigt.

Det förhållandet att upp till 9 patienter av 10 kommer in som akutfall till medicinklinikerna har framtvingat en attitydförändring. De akutsökande är den viktigaste delen i internmedicinen och inte ett "störande" inslag i den planerade verksamheten. Detta synsätt innebär också att man för över tillfredsställande kompetens till jourverksamheten. En förstärkning av kompetensen med färdigutbildade läkare och specialister i första ledet kan medföra behov av organisatoriska förändringar och en koncentration av akutmottagningarna. En sådan förändring kan på sikt leda till bättre resursutnyttjande.

Verksamhetsbeskrivning för kardiologin

Kardiologin utreder och behandlar sjukdomar och missbildningar i hjärtats olika delar. Kvantitativt i särklass mest betydelsefulla är kranskärlssjukdomarna och de konsekvenser förträngningar i dessa hjärtats egna blodkärl leder till. Var femte patient som söker på en akutmedicinsk mottagning har bröstsmärtor och 70 procent av dessa tas in för utredning. Det motsvarar 100.000 inläggningar per år i landet eller en om dagen per 35.000 invånare.

Av de patienter, som idag tas in via medicinsk akutmottagning på grund av svåra bröstsmärtor, har eller kommer en av tre att utveckla hjärtinfarkt. Av de patienter som vårdas inom hjärtintensivavdelningar har 20 procent infarkt, 30 procent instabil angina (kärlkramp eller

hotande infarkt), 20 procent har bröstsmärtor där infarkt inte kan påvisas och 20 procent har andra rubbningar i hjärtats funktion. Med fortsatt utveckling av de diagnostiska metoderna kan antalet observationsfall och därmed antalet vårdplatser för observation minskas betydligt.

Under 1993 vårdades 25.000 patienter för säker hjärtinfarkt. Sex av tio var äldre än 70 år och tre av tio över 80 år. Stora regionala skillnader både i vårdutnttjande och dödlighet fanns. En långsam nedgång sker emellertid i antalet konstaterade hjärtinfarkter i landet. Det gäller både insjuknandet och dödligheten i hjärtinfarkt. Det innebär att antalet vårdtillfällen med diagnosen hjärtinfarkt minskat, men framför allt har antalet vårddagar reducerats kraftigt från 400.000 år 1986 till 200.000 år 1993. En andel av denna minskning handlar om insatser, som förts över i dagmedicinska former. Det minskade antalet vårddagar för patienter med konstaterad hjärtinfarkt har dock delvis fyllts på med patienter, som lider av instabila tillstånd och hotande infarkt.

Behandlingen i det akuta skedet har som mål att lindra smärta, rädda liv, minska skadan på hjärtat och därmed förbättra prognosen för tillfrisknande och återgång i tidigare verksamhet. En framgångsrik behandling beror på många enskilda förutsättningar och detaljer där tidsfaktorn är den viktigaste. Ett kranskärl som täppts till av en blodpropp innebär risk för celldöd och muskelskada inom den första timman. Om det drabbade området är tillräckligt stort blir hjärtfunktionen påverkad och då utvecklas hjärtsvikt.

Skadan kan ibland vara förenad med livshotande rytmrubbningar (kammarflimmer). Det leder till hjärtstopp, som är den vanligaste orsaken till plötslig död vid infarkt. I vissa fall kan omedelbar behandling med en strömstöt genom bröstkorgen (defibrillering) bryta tillståndet och hjärtat återgår till sin normala aktivitet. I de flesta ambulanser finns numera utrustning för defibrillering, men tiden för att larma och behandla är ofta för lång för att livet skall gå att rädda. Ytterligare förbättrade resultat av hjärt-lungräddning kräver en bättre utrustad och utbildad organisation, som också är starkt decentraliserad.

Tidsfaktorn är således viktig, men eftersom det längsta dröjsmålet före behandlingen i allmänhet beror på att patienten avvaktar i hemmet, kan hela skeendet på ett avgörande sätt påverkas bara genom upplysning till allmänheten i kombination med bra ambulansverksamhet och rationella rutiner inom sjukhuset. Det viktigaste sättet att minska skadan på hjärtmuskeln är att lösa upp blodproppen i kranskärlet. Genom att starta behandlingen med propplösande medicin mycket tidigt baserat på diagnostik redan i hemmet eller i ambulansen - telemedicinsk överföring av EKG till sjukhuset - skulle bättre slutresultat kunna uppnås under förutsättning att diagnosen är riktig och biverk-

ningarna måttliga. Vid en konsensuskonferens våren 1995 konstaterades att tidig diagnostik och behandling kan ge betydande vinster jämfört med nuvarande rutiner. Tidens betydelse för ett gott omhändertagande vid akut hjärtsjukdom är för närvarande en av de viktigaste faktorerna för planering av akut omhändertagande inom sjukvården.

Omvärldsanalys

Effekterna av att befolkningen blir allt äldre och samtidigt allt friskare kräver en ständig utveckling av organisation och metoder inom alla områden, men kanske framför allt inom internmedicinen. Samverkan med andra vård- och omsorgsgivare är en nyckelfråga.

Genomförandet av ÄDEL-reformen hade större betydelse för internmedicinen än för något annat område inom den somatiska korttidsvården. Reformen innebar att ansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter överfördes till kommunerna, och att behovet av vårdplatser därför minskat inom klinikerna. I och med skatteväxlingen minskades landstingens ekonomiska bas, vilket påverkade internmedicinen i betydande grad. Reduktionen av klinikernas basresurser innebar bl.a. att marginalkostnaderna för jour- och beredskap ökat. Men framför allt har utslussningen av medicinskt färdigbehandlade patienter ökat den genomsnittliga vårdtyngden för de kvarvarande på ett mycket påtagligt sätt. För personalen har detta inneburit att arbetsbelastningen ökat kraftigt.

Ett bra samspel mellan olika vårdgivare, vårdnivåer och huvudmän är viktigt om intermedicinen skall kunna fortsätta att ge specialiserad medicinsk vård. Patienter som inte kräver medicinklinikens speciella resurser eller kompetens måste tas omhand i andra former. De problem med överbeläggningar som redovisades i Socialstyrelsens rapport till regeringen i maj 1994, kan inte lösas inom medicinklinikernas väggar utan fordrar samverkan med andra vårdgivare.

Ett fullt genomförande av ÄDEL-reformen är därför nödvändigt men inte tillräckligt. En ökad samverkan mellan primärvården, hemsjukvården och den kommunala sjukvården kommer att utvecklas till följd av det ökade trycket på internmedicinen. Om detta inte skall leda till betydande kvalitetsbrister måste den kommunala hälso- och sjukvården stärkas. Socialstyrelsens utvärdering av ÄDEL-reformens effekter har bland annat påvisat brister i insatserna för rehabilitering. Ansvaret för denna insats gäller numera både landsting och kommuner i egenskap av sjukvårdshuvudmän. Skyldigheten är inskriven i hälso- och sjukvårdslagen (HSL §§ 3a och 18 a).

Nya metoder

Nya skonsammare behandlingmetoder gör att allt äldre människor kan behandlas med framgång. Ett exempel är kranskärlskirurgi, där åldersgränserna successivt kunnat flyttas uppåt under det senaste decenniet. Det leder också till att allt fler gamla människor efterfrågar ytterligare vård även om äldre människor idag är betydligt friskare än tidigare. Det är detta som har betecknats som den medicinska paradoxen: en effektiv och god vård leder till att människor överlever trots svåra sjukdomstillstånd och i ökande grad får behov av och efterfrågar ytterligare vård.

Medicinsk dagvård har funnits länge inom vissa områden. Den kvantitativt viktigaste är dialysbehandlingen. I takt med att resurserna för sluten vård minskat och efterfrågan ökat, har den medicinska dagvården långsamt utvecklats. Exemplet från kardiologin ovan med en halvering av antalet vårddagar på mindre än tio år, illustrerar delvis hur dagmedicinska metoder övertar insatser, som tidigare krävde inläggning på sjukhus. (En del av minskningen beror på kortare vårdtider.) Det finns nu beräkningar som tyder på att ytterligare ett par hundra vårdplatser totalt i landet inom internmedicinen skulle kunna ersättas med dagmedicinska metoder. Det motsvarar kostnaden för ett länsdelssjukhus.

Den snabbaste utvecklingen inom internmedicinen sker just nu inom kardiologin i samverkan med hjärtkirurgi och interventionell radiologi (kateteringrepp i röntgengenomlysning). En viktig fråga för framtiden är i vilken utsträckning akut kranskärlskirurgi eller ballongvidgning av kärlförträngning skall användas vid infarkt eller hotande infarkt. Det första steget i en sådan utveckling är att resurser för akut kranskärlsröntgen skapas, något som idag finns vid färre än vart tredje akutsjukhus. Ett ökande krav från befolkningen på nya typer av akuta insatser vid akut eller hotande hjärtinfarkt, kan mötas med en ytterligare decentralisering av kompetens för angiografi eller en ökande koncentration av hjärtinfarktvården. Enligt konsensuskonferensen om akut hjärtsjukdom kommer inom kort tid både propplösande medicin och behandling mot rytmrubbningar att ges i hemmet, i ambulansen och på vårdcentralen. Tiden för fortsatt transport till lämpligt hjärtcentrum kan därmed bli mindre betydelsefull än den kompetens som kan byggas upp där .

Barn- och ungdomsmedicin

Utvecklingen inom barn- och ungdomsmedicinen inför 2000-talet

De epidemiologiska förutsättningarna och den medicinska utvecklingen talar för oförändrade behov av barn- och ungdomsmedicin under de närmaste åren. En fortsatt överföring av resurser från slutna till öppna vårdformer kan förutses. Detta kan leda till en minskning av antalet barnmedicinska kliniker med sluten vård. En ökad subspecialisering kan samtidigt förutses.

Nya behandlingsmetoder för mycket små nyfödda barn och för barn med cancersjukdomar ger allt bättre resultat. Det innebär samtidigt en viss ökning av antalet barn med kroniska tillstånd och återkommande sjukvårdsbehov. En koncentration av den sällan förekommande verksamheten kan förutses och är en av förutsättningarna för fortsatta framgångar.

Man kan förvänta sig en reell ökning av behoven för barn och ungdomar med psykosociala och psykosomatiska problem. För att klara dessa behov behöver riskbarn och riskfamiljer identifieras tidigt samtidigt som man utvecklar samverkan och nya metoder. Detta förutsätter också ett bättre kvalitetssäkringsarbete inom barnhälsovården.

Mycket få barn föds årligen med svåra, behandlingskrävande missbildningar. För att ge underlag för utveckling och för goda behandlingsresultat fordras en koncentration av dessa till ett fåtal kliniker. En översyn över den högspecialiserade barnkirurgin pågår.

Utvecklingen av barnmedicinen

Barn- och ungdomsmedicin (pediatrik) omfattar ett brett verksamhetsområde. Till skillnad från den uppdelning i specialitetsområden som ofta görs inom vuxenmedicinen, är pediatrik en åldersspecialitet som inom sig rymmer flertalet av vuxenmedicinens organspecialiteter. I högre grad än inom vuxenmedicinen ingår förebyggande och hälsofrämjande insatser. Exempel är hälsokontrollerna av nyfödda, barnhälsovården, skolhälsovården och förebyggandet av komplikationer vid kroniska sjukdomar.

Även inom pediatriken finns emellertid en subspecialisering, som delvis motsvarar den inom vuxenmedicinen, t.ex. i barnkardiologi, allergologi, njurmedicin och neurologi. Till detta kommer områden som är speciella för barnmedicin, till exempel nyföddhetsmedicin (neonatologi). Subspecialiseringen påverkar även samverkande och närliggande specialiteter, t.ex. barnkirurgi, barnhjärtkirurgi och barnanestesi. En ytterligare subspecialisering kan efter mönster från andra länder vara aktuell i framtiden.

Barn- och ungdomsmedicin bedrivs i stor utsträckning i öppna vårdformer och i nära anslutning till primärvården. Samarbete med andra vårdgivare och andra verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola är karakteristiskt. Ett annat speciellt förhållande utgör de nära och nödvändiga kontakterna med föräldrarna till sjuka barn. Det ställer krav på praktiska arrangemang i anslutning till sluten vård men ger också möjligheter att se barnet i sitt sociala sammanhang i samband med sjukdom och kriser.

Den slutna barn- och ungdomsmedicinen finns vid de 43 barnmedicinska klinikerna. Under de senaste decennierna har utnyttjandet av slutna vårdformer minskat drastiskt, vilket lett till en stegvis nedskärning av antalet vårdplatser; några länsdelskliniker har även lagts ner. En ökning av dagverksamhet och poliklinisk behandling innebär att alla de barn, som kräver sluten vård är svårt sjuka. För sjukhuset innebär det en ökad vårdtyngd. Det gäller såväl vid akuta som kroniska tillstånd. Det är de kroniska sjukdomarna med behov hos barnen av återkommande behandlingar, till exempel vid tumörsjukdomar, som nu utgör huvuddelen av klinikernas planerade verksamhet.

Sedan ett par decennier har *samvård* av barn utvecklats och är nu regel vid de flesta sjukhus. Det innebär att alla barn oavsett sjukdom vårdas vid en barnklinik med personal och utrustning, som är speciellt anpassade till barnens behov. Barn, som till exempel genomgår kirurgiska ingrepp vid en allmänkirurgisk operationsavdelning, får alltså sin utredning och förberedande behandling och sin eftervård vid barnkliniken. Vid några av de större sjukhusen har utvecklingen av sådan samvård lett till etableringen av ett särskilt Barncentrum (Childrens Medical Center). Här har alla resurser och specialistkunnande som en högspecialiserad barnsjukvård kräver samlats. Utvecklingen tyder på att andra sjukhus i landet kommer att slå in på en liknande väg.

Ett speciellt problem inom pediatriken är förekomsten av ett mycket stort antal diagnoser med få barn i varje grupp. Detta har bland annat att göra med medfödda missbildningar och ärftliga defekter, men också med utvecklingsproblem av annan anledning. I flera länder har detta problem uppmärksammats och särskilda kunskapscentra inrättats för det som kan kallas "små och okända grupper". Även i Sverige pågår

uppbyggnaden av sådana centra och en central kunskapsdatabas. På detta sätt kan åtskilliga barn med oklara problem få sin rätta diagnos och behandling, efter att tidigare ha skickats runt i sjukvårdssystemet eller ignorerats.

Det säger sig självt att sjuka barn och ungdomar med mindre vanliga och komplicerade, ofta allvarliga, medfödda eller förvärvade sjukdomstillstånd, bör samlas till ett litet antal sjukhus, som därigenom kan få tillräckligt många patienter för att få den erfarenhet som är nödvändig för att upprätthålla tillfredsställande vårdkvalitet. Även ur resurssynpunkt är en sådan koncentration önskvärd. Erfarenheter från områden där en koncentration genomförts visar att föräldrar till sjuka barn prioriterar kompetens och erfarenhet högre än geografisk närhet. En långt gången koncentration ställer emellertid krav på en välfungerande transportorganisation och på ett bra omhändertagande av medföljande familjemedlemmar. Efter utskrivning från specialistsjukhuset bör den fortsatta vården ges så nära hemmet som möjligt.

Ett nytt verksamhetsområde är intensivvård av nyfödda (neonatal intensivvård). Det omfattar framför allt omhändertagandet av mycket små nyfödda barn med födelsevikter mindre än 2 kg och i all synnerhet under 1 kg. Forskning och teknisk utveckling har gjort det möjligt att rädda ett flertal av dessa lågviktiga barn till ett i det närmaste normalt liv. Antalet sådana barn är dessbättre relativt få. Det saknas därför förutsättningar för att varje barnklinik skall kunna bygga upp en dyrbar intensivvårdsorganisation. Inte heller kan man vid varje klinik få tillräckligt med erfarenhet eller rutin. Svenska studier visar också att resultaten av vården av nyfödda med födelsevikt under 1 kg är bäst vid kliniker med större patientunderlag.

Verksamhetsbeskrivning

Mellan barnklinikerna och förlossningsavdelningarna finns sedan länge mycket nära kontakter. Så gott som alla nyfödda undersöks av en barnläkare före hemgång. Vid sjukhus utan barnklinik är det en barnläkare vid öppenvårdsmottagningen som svarar för undersökning av de nyfödda. Vid tidig hemgång görs en undersökning på sjukhuset och den fortsatta kontrollen sker ofta inom ramen för primärvårdens barnhälsovård. I vissa fall utförs kontrollerna av personal från förlossningskliniken genom hembesök.

Varje år föds ett mindre antal på ett eller annat sätt sjuka barn, som är i behov av omedelbart barnmedicinskt omhändertagande. Bland dessa är barn med låg födelsevikt en viktig grupp, som beskrivits ovan.

Andra sjukdomstillstånd som kan kräva specialiserad neonatalvård är relaterade till medfödda missbildningar, infektioner under fosterperioden eller är konsekvenser av sjukdomar hos modern under graviditeten, till exempel diabetes.

I anslutning till kartläggningen av intensivvården för nyfödda med missbildningar har också frågan om en koncentration av missbildningskirurgin diskuterats. En utredning inom Socialstyrelsen pågår för närvarande där omfattning och struktur för specialiserad barnkirurgi belyses.

Allergiska tillstånd är den vanligaste orsaken till kronisk sjukdom hos barn. En ökning av dessa tillstånd har skett under de senaste åren och ett ökat vårdbehov kan förutses. Huvuddelen av utredningen och behandlingen görs i öppna vårdformer, men akuta livshotande tillstånd förekommer, som kräver tillgång till sluten vård. Med tanke på att tillstånden är så vanliga finns stort behov av utbildning och vidareutbildning inom området.

Inom barnneurologin behandlas barn med relativt vanliga problem, som rör utvecklingsstörning, funktionsnedsättning av högre hjärnfunktioner (DAMP), migrän och krampsjukdomar. Också barn som fått skador under fosterlivet och med förlossningsskador tas omhand inom neurologin. På grund av att allt fler av de mycket underviktiga nyfödda överlever, har en viss ökning av barn med neurlogiska handikapp skett sedan mitten av 1980-talet. Barnneurologer är också knutna till enheterna för barnhabilitering.

Varje år opereras ett knappt tusental barn för medfödd hjärtmissbildning. Den kirurgiska behandlingen har sedan 1994 i princip koncentrerats till två kliniker i landet. Detta har också påverkat barnkardiolgins organisation genom en förstärkning vid dessa båda sjukhus. De får numera anses ha ett särskilt ansvar för att tillgodose utbildning och samarbete med de barnkardiologer, som ansvarar för de hjärtsjuka barnen på länsnivå.

Mycket tidigt utvecklades nationella vårdprogram och samordning av behandlingsstudier för barn med elakartade sjukdomar. För närvarande finns tre nationella vårdplanerings- och behandlingsgrupper för leukemi (cancer i blodbildande organ), solida tumörer och hjärntumörer. Nyinsjuknandet i barntumörer är 250 till 300 årligen. De stora framstegen gör att många överlever och gruppen cancerpatienter ökar därför. Gruppen utgör en stor del av den planerade slutna vårdens patienter med en betydande vårdtyngd, där inte minst ett psykologiskt kompetent omhändertagande är viktigt och tidskrävande.

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn och ungdomar och den ökar i omfattning. Barnen utreds och behandlas i huvudsak i öppna vårdformer med stöd av diabetesteam, i vilka ingår läkare, sjuksköterska, dietist, kurator och psykolog. Diabetesbarnen är

beroende av insulinbehandling och en väl avvägd behandling kan minska riskerna för de mycket allvarliga komplikationer, som diabetessjukdomen kan leda till i vuxen ålder. Hit hör bland annat blindhet och njurskador. En hög kvalitet i diabetesvården är därför på sikt alltid kostnadseffektivt.

Andra enskilda sjukdomar som rör hormoner (barnendokrinologin) är relativt sällsynta men kan obehandlade leda till svåra konsekvenser och kostnadskrävande insatser. Även inom detta område är därför hälsokontroller, som görs på alla nyfödda för att bland annat avslöja nedsatt sköldkörtel- och binjurefunktion, tidig diagnostik och korrekt behandling kostnadseffektiv.

Ett aktuellt problem för barnmedicinen är den resistens mot antibiotiska medel, som börjat uppträda i större omfattning i delar av landet. Om denna utveckling fortsätter finns risk för att infektioner, som tidigare betecknats som "banala" på nytt kan få en allvarlig karaktär och kräva sjukhusvård. Den "barnsjukdom" som för närvarande vållar mest problem är kikosta. Nya vacciner introduceras nu och nya vaccinationsprogram inleds i delar av landet, och man kan förvänta sig att även denna sjukdom skall bli relativt ovanlig inom kort.

Psykosociala och psykosomatiska problem hos barn och ungdomar är ett mycket stort område, där utredning och behandling ofta fordrar samverkan med skola, primärvård och kanske barnpsykiatrisk specialist. Barnläkare, distriktssköterskor, skolläkare och distriktsläkare har här en stor uppgift, som kräver utbildning, erfarenhet, intresse och engagemang. Särskilt gäller detta dem som arbetar i socialt mindre väl gynnade och ofta invandrartäta områden.

Barnhälsovården är en mycket omfattande verksamhet med särskilda ansvariga barnhälsovårdsöverläkare. Innehållet sträcker sig från amningshjälp, kostinformation och vaccination över stöd åt familjer i riskgrupper till att uppmärksamma barn med särskilda behov, beteenceavvikelser och som misshandlas. Verksamheten har nyligen beskrivits i Socialstyrelsens skrift "Kvalitetssäkring i barnhälsovården - Att skydda skyddsnätet". Lättillgängligt stöd med hög kompetens och vid behov tidiga och effektiva åtgärder kan bidra till en bättre hälsa hos barn och ungdom, och därmed på sikt minska behovet av kostnadskrävande behandlingsåtgärder.

Kirurgi

Utvecklingen inom kirurgin inför 2000-talet

Det finns i den demografiska, i den epidemiologiska och i den medicinska utvecklingen inga faktorer, som tyder på ett sammantaget ökat behov av kirurgisk service under de närmaste åren, däremot kan omfördelning mellan områden vara nödvändigt. Nya tekniker innebär förenklade behandlingar och minskat resursbehov men kan också medföra vidgade indikationer så att nya patientgrupper tillkommer.

I den mån kapacitetsproblem med ökande köer föreligger bör dessa kunna lösas i samverkan med kringliggande specialiteter där fortsatt omfördelning av resurser och subspecialisering kan förväntas ske. En ökad specialisering inom kirurgins ram kan förväntas även vid de mindre sjukhusen.

Ett adekvat omhändertagande inom de resurser som är tillgängliga kommer att leda till ytterligare samverkan, utveckling av nya metoder och dagkirurgisk verksamhet. Vårdstrukturen och sjukhusens roll i omhändertagandet av de stora patientgrupperna bygger idag på en decentraliserad modell. Patienter med ovanliga tillstånd, som samtidigt behöver bedömning och vård av flera olika specialister och som behöver omfattande kringresurser kommer även i fortsättningen att samlas till särskilda centra.

Allmänkirurgins traditionella roll och utveckling

De odelade lasaretten och sjukstugorna med förlossning och operationsavdelning var ännu för 50 år sedan en vanlig form för de svenska sjukhusen och förestods av en kirurg. Verksamheten var inriktad på akuta insatser vid olycksfall och benbrott, blindtarmsinflammation och tarmvred och andra "kirurgiska" sjukdomar samt förlossningar. Patienter med hjärtsjukdomar och andra akuta medicinska tillstånd förekom också vid lasarettens avdelningar, även om flertalet äldre patienter med behov av medicinska insatser vårdades i andra former.

En uppdelning av lasaretten i kirurgisk och medicinsk vård, så småningom kompletterad med serviceverksamheter som röntgen, anestesi och laboratorier, skedde successivt och de sista odelade lasaretten och sjukstugorna avvecklades under 1970-talet. Samtidigt skedde en subspecialisering inom de gamla moderdisciplinerna medicin och kirurgi.

Som framgår i avsnittet om ortopedi nedan sysslade ortopeder tidigare i huvudsak med korrigerande ingrepp på patienter som haft polio och skelett-tbc. Från omkring 1960 har i stället omhändertagandet av äldre med benbrott och förslitna leder volymmässigt tagit över. Idag sköts huvuddelen av all frakturbehandling av ortopeder, och de flesta patienter som söker länssjukvårdens kirurgiska akutmottagningar har "ortopediska" skador.

För ett par decennier sedan skedde behandlingen av prostataförstoring hos äldre män med öppen operation inom kirurgklinikerna. En successiv utveckling av endoskopisk teknik har gjort det möjligt att istället för öppen operation i nästan alla fall gör en inre bränning med hjälp av ett rörinstrument infört genom urinledaren. Tekniken har gynnat en specialisering, som omfattar den urologiska verksamheten som den beskrivs nedan.

Samtidigt som allmänkirurgin blivit smalare inom vissa områden har nya tillkommit. Här kan särskilt nämnas kärlkirurgin, som idag utgör 20 procent av verksamheten vid läns- och regionsjukhusen. Den viktigaste faktorn för den stora kvarstående verksamhetsvolymen trots subspecialisering är emellertid befolkningens ålderssammansättning, som bland annat lett till ökad förekomst av cancer och kärlsjukdomar. En annan viktig faktor är möjligheterna att med framgång genomgå omfattande behandlingar vid allt högre ålder.

Den traditionella rollen för allmänkirurgin som ansvarig för hela akutmottagningen håller alltså på att försvinna och innehållet i verksamheten blir alltmer specialiserat. Verksamheten inom allmänkirurgin består idag av av tre lika stora områden: den akuta kirurgin, cancerkirurgin och de planerade ingreppen vid sjukdomar, som inte är elakartade.

Verksamhetsbeskrivning

Akut kirurgi

Den akuta delen av den slutna vården omfattar i huvudsak patienter med bukbesvär av olika natur och i ökande grad symptom beroende på nedsatt blodcirkulation, framför allt i benen. Den vanligaste diagnosen är "bukobservation". Endast några få av dessa patienter behöver kirurgklinikens fulla insatser i form av operation och intensivvård. En önskvärd utveckling är att diagnostik och övervakning kan ske nära

hemmet i en decentraliserad organisation i nära samverkan med olika specialiteter inklusive allmänmedicin.

Antalet operationer för misstänkt blindtarmsinflammation är 12.000 per år, varav i 20 procent (vanligare hos kvinnor) symptomen orsakats av annat än inflammerad blindtarm. Med tillämpning av nya diagnostiska metoder anses denna feldiagnostik kunna minskas. Samtidigt införs tillhåls- (laparoskopisk) behandling, vilket kan komma att påverka strukturutvecklingen inom allmänkirurgin genom att krav ställs på att utrustning och kompetens för laparoskopisk behandling ständigt finns tillgänglig.

En annan stor patientgrupp med behov av akut omhändertagande är den med "hjärnskakning" (commotio) där övervakning i sluten vård fortfarande är mycket vanlig. En förändring mot ett minskat behov av sluten vård skulle sannolikt kunna uppnås utan ökade risker genom att man utnyttjar modern diagnostisk teknik och kompetenshöjning med tillämpning av befintliga kunskaper om prognostiska faktorer.

Många människor har behov av insatser mot nedsatt cirkulation i benen med "fönstertittarsjuka" på grund av åderförkalkning med kärlförträngning eller på grund av akut nedsättning av blodflödet orsakad av blodpropp. De har under de senaste två decennierna i stigande omfattning och med ökande framgång kunnat få hjälp genom kärlkirurgin, som nu är etablerad som en länsspecialitet.

Svåra olycksfall är sällsynta, vilket visats i Socialstyrelsens studie om akut omhändertagande, liksom i flera andra, och behandlingen kan i enlighet med bl.a. SBU:s förslag koncentreras till ett fåtal sjukhus med god utrustning där patientunderlaget medger en önskvärd kompetensuppbyggnad. Så kallade multitrauma, det vill säga att patienter har skador i flera organ samtidigt kräver omhändertagande av flera olika specialister och omfattande kringresurser. Allmänkirurgens viktigaste roll är ofta att samordna insatser från dessa specialister, förutom att åtgärda skador, som hör till den egna specialiteten.

Cancerkirurgi

Den andra stora och viktiga delen av allmänkirurgins arbetsområde är diagnos och behandling av cancersjukdomar. De vanligaste cancerformerna som opereras i sluten vård är tjock- och ändtarmscancer. Dessa cancerformer drabbar i huvudsak de äldsta befolkningsgrupperna, och de högsta frekvenserna återfinns efter 75 års ålder hos män och 80 år hos kvinnor. Förekomsten är ungefär densamma med cirka 2.500 nyinsjuknade av vardera könet årligen. Som ovan nämnts finns behov av en fortsatt decentraliserad verksamhet för patienter med tjocktarms-

cancer. Denna kan utformas efter lokala förutsättningar, t.ex. så att utredning och förberedelser görs på det lokala sjukhuset och operationen på akutsjukhuset, varefter eftervård och rehabilitering erbjuds nära hemmet.

Ur behandlingssynpunkt görs åtskillnad mellan tumör i tjocktarmen och i ändtarmen. En tredjedel av patienterna har sin tumör i ändtarmen och två tredjedelar i tjocktarmen. Årligen opereras mellan fem och sexhundra patienter för ändtarmscancer. Uppdelat på respektive befolkningsunderlag innebär det att endast enstaka patienter behandlas årligen vid många sjukhus. Flera studier visar att en koncentration till färre enheter än idag skulle kunna medföra förbättrade behandlingsresultat både på kort sikt till exempel med bibehållen ändtarmsfunktion i stället för amputation (innebär stomi), och på lång sikt, sannolikt med ökad överlevnad utan återfall.

Operation för bröstcancer utförs fortfarande i huvudsak inom den slutna vården, men en ökande andel överförs till dagkirurgisk verksamhet. Det är den vanligaste cancerformen hos kvinnor med cirka 5.000 nyinsjuknade årligen. Liksom ovan sagts om höftfraktur är behandlingen standardiserad, och en tillräcklig volym garanterar metodkunskap, träning och god kvalitet med hög kostnadseffektivitet vid flertalet akutsjukhus. Emellertid är medelåldern hos dessa patienter lägre än hos patienter med tjocktarmscancer. Behovet av tillgänglighet och kontinuitet i vården kan därför vara viktigare än närheten. Om en hög grad av koncentration skulle leda till otvetydigt bättre medicinskt utfall skulle därför en sådan strukturförändring kunna vara önskvärd.

Det tredje vanligaste området för kirurgisk cancervård är magsäckscancer med 1400 nyinsjuknade årligen. Denna cancerform minskar för närvarande och förekomsten har halverats sedan 1950-talet. Det är en cancerform som drabbar män dubbelt så ofta som kvinnor (18,5 respektive 9 per 100.000) och som har en relativt dålig prognos. Tio år efter upptäckt och behandling lever endast drygt 10 procent av patienterna. En operation är ett krävande ingrepp, som i betydande grad har koncentrerats till vissa sjukhus.

Nyinsjuknande i cancer i bukspottkörteln sker hos cirka 1100 patienter årligen och är lika vanligt hos kvinnor som hos män. Prognosen är mycket dålig och ett år efter diagnos och behandling har nio av tio patienter avlidit av sin cancersjukdom. Kvalitetsutvecklingen har varit mycket långsam och resultaten idag är desamma som för trettio år sedan när det gäller långtidsöverlevnad. Nya metoder presenteras i den internationella litteraturen (t.ex. immunterapi och intraoperativ radioterapi) men den extremt spridda behandlingen till flertalet akutsjukhus innebär idag stora svårigheter att systematiskt utvärdera nya metoder i vårt land. I sjukvårdregistret finns tecken på att enheter med större antal patienter uppnår något bättre resultat. Liksom för

ändtarmscancer skulle en högre grad av koncentration ge underlag för systematisk utvärdering av nya behandlingsmetoder, som skulle vara till gagn för nästa generation patienter.

Planerad kirurgi av icke elakartade sjukdomar

Allmänkirurgins tredje ben utgörs av planerade ingrepp för t ex gallsten och ljumskbråck. Utvecklingen under de senaste åren har inneburit att mer än 90 procent av alla gallstensoperationer utförs med tillhålsteknik (laparoskopi) och att mer än 70 procent av alla bråckoperationer vid vissa kliniker utförs i dagkirurgisk verksamhet. En mindre del av bråckoperationerna utförs också med laparoskopisk teknik. Detta får till vidare betraktas som en experimentell verksamhet, som bedrivs i kontrollerade studier, och inte en etablerad behandlingsform.

Kärlkirurgi växer fortfarande i omfattning och teknikutvecklingen är snabb. Den kommer att kräva koncentration av verksamheten till enheter där bred teknisk utrustning och kunskap finns. Kärlkirurgin ingår till stora delar i akutkirurgin och till andra delar i planerad kirurgi, under förutsättning att väntetider och köer är rimliga. Om väntetiderna växer finns en tendens att allt fler patienter blir i behov av "akuta" åtgärder. I Socialstyrelsens expertrapport om Akut omhändertagande (1994) rekommenderas kärlkirurgisk bakjourskompetens på länsnivå. Verksamheten fordrar specialintresserade kirurger och viss kringutrustning och en koncentration av all större planerad kärlkirurgisk verksamhet på länsnivå kan därför förutses.

Inom de opererande specialiteterna är det önskvärt med koncentration av verksamheterna av två anledningar: kostnadsskäl och kvalitetsskäl. Utrustningskrävande verksamheter och verksamheter som man just börjat tillämpa t.ex. endoskopisk laserkirurgi, behöver utvärderas i koncentrerade former för att snabbt ge underlag för utvärdering. Investeringskostnaderna i ny teknik är desutom alltid störst i den eller de första generationerna för att sedan snabbt sjunka.

I ökad utsträckning utnyttjas kunskaper från närliggande specialiteter i samband med kirurgiska ingrepp. Exempel är peroperativ patologisk undersökning (mikroskopisk undersökning av vävnadsstycken och celler under pågående operation) vid operation för sköldkörtelcancer och överfunktion i bisköldkörtlarna, magsäckscancer och operationer av elakartade mjukdelstumörer. Det är idag knappast förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att genomföra dessa och jämförbara typer av ingrepp utan omedelbar tillgång till denna service. Utveckling-

en inom kommunikationsområdet öppnar emellertid åter möjligheter till decentralisering genom telepatologi och teleradiologi inom tillämpliga områden.

Ortopedi

Utvecklingen inom ortopedin inför 2000-talet

Förändringar i befolkningens åldersstruktur, i familjeförhållandena, som ger många ensamstående äldre, i epidemiologiska förhållanden och i den medicinska utvecklingen, talar för ökad efterfrågan och reellt ökade behov av ortopedisk service under de närmaste åren. Nya tekniker kan vidare medföra vidgade indikationer så att nya patientgrupper tillkommer men kan också innebära förenklade behandlingar och minskat resursbehov.

Kapacitetsproblemen kommer även i fortsättningen att vara betydande och behöver lösas i samverkan med andra vårdgivare och andra huvudmän. Här är vårdkedjorna nyckelfrågor. De allt äldre patientgrupperna ställer därvid ökande krav på rehabiliteringsinsatser även i primärkommunal regi.

Dagkirurgiska metoder infördes tidigt i stor skala inom ortopedin, vilket inneburit att kvar i den slutna vården de finns vårdkrävande äldre patienterna. En reell ökning av behoven innebär därför att samverkan, utveckling av nya metoder och dagkirurgisk verksamhet inte är tillräckligt för att bibehålla dagens verksamhetsnivå och kvalitet utan ett resurstillskott.

Vårdstrukturen och sjukhusens roll i omhändertagandet av de stora patientgrupperna har byggt på en decentraliserad modell. Inom ortopedin har detta har också varit nödvändigt av kapacitetsskäl och för tillgängligheten skull. För de enstaka patienterna med mycket svåra skador och behov av samtidig hjälp från flera olika specialister och omfattande kringresurser kan en fortsatt koncentration förutses liksom för barn och för patienter med tumörer i muskler och skelett, med skolios och med behov av komplicerade omoperationer av leder.

Förändrade förutsättningar för ortopedin

Liksom inom internmedicinen är innehållet i den ortopediska verksamheten en spegling av samhällsutvecklingen. Beteckningen ortopedi har ursprungsbetydelsen ungefär "raka barn", dvs ortopeder sysslade i huvudsak med korrigerande ingrepp efter polio och skelett-tbc. Från omkring 1960 har i stället omhändertagandet av äldre människor med benbrott och förslitna leder volymmässigt tagit över. Idag beläggs var fjärde ortopedisk säng av en patient med höftfraktur och det är den operation, som kräver flest vårddagar i sluten vård av alla operationer. Ökningen av antalet höftfrakturer har varit dramatisk och det är genom decentralisering av behandlingen och genom samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal service som ökningen kunnat tas omhand med tillgängliga resurser.

Frakturer beror på en kombination av skelettets bristande hållfasthet och den kraft, som riktas mot benvävnaden i samband med ett fall. Med stigande ålder tilltar skelettskörheten, men samtidigt ökar också risken att falla på grund av minskad muskelkraft och försämrad balans. De frakturer som främst orsakas av den åldersbetingade skelettskörheten är, förutom höftfrakturer, sprickor på ryggkotorna (kotkompressioner), brott på handleden, brott på överarmen nära axelleden, på fotleden och på bäckenets ben.

Artros (broskförlust i leden; kallas ibland "förslitna leder", vilket inte är helt korrekt) har i alla tider varit ett gissel och i takt med att effektiva behandlingsmetoder utvecklades under 1970- och 1980-talen ökade efterfrågan på nya leder i framför allt höft och knä mycket starkt. Den stora expansionen av denna verksamhet berodde alltså på att nya metoder tillkom och att det fanns ett uppdämt behov. Någon ökning av insjuknandet (incidensen) skedde och sker däremot knappast, till skillnad från vad som gäller för höftfraktur. Även när det gäller behandling med ledprotes har en stark decentralisering varit en förutsättning för att resurserna skulle räcka till.

"Ont i ryggen" är ett så vanligt tillstånd att övergående ryggbesvär närmast får betraktas som ett "normaltillstånd" i befolkningen. Personer med ryggont är också den för samhället dyraste sjukdomsgruppen i arbetsför ålder. I Sverige är 8 procent av de nya kategorier som sjukskrivs sjukskrivna på grund av ont i ryggen. För detta tillstånd finns en mängd obevisade teorier om smärtans uppkomst och hundratals behandlingsformer utan bevisad effekt. För ortopedin gäller i första hand att identifiera de patienter som fordrar aktiva insatser, och i andra hand att i samverkan med folkhälsoföreträdare, primärvård och andra arbeta för ett förebyggande av urkalkningstillstånd hos en åldrande befolkning.

Epidemiologiska förutsättningar

Höftfrakturerna har ökat dramatiskt i västvärldens länder under de senaste 30 åren. I Sverige har antalet äldre personer med höftfraktur fördubblats under de senaste två decennierna och i år kommer cirka 18.000 personer att drabbas. Denna utveckling kommer att bestå även under de närmaste åren, dels på grund av ökningen av antalet äldre i befolkningen, dels på grund av att nyinsjuknandet på grund av skelettskörhet ökar inom de äldsta åldersgrupperna.

Höftfraktur kan förenklat sägas vara "änkornas sjukdom". Av patienterna är tre fjärdedelar kvinnor och medelåldern är 80 år. Hälften är ensamboende. Den höga andelen kvinnor förklaras dels av en högre andel kvinnor i högre åldrar, dels av en ökande skelettskörhet hos kvinnorna. Före 50 års ålder är höftfraktur ovanligt medan risken därefter ökar exponentiellt med stigande ålder. Risken för en kvinna att någon gång under livet drabbas av höftfraktur är 20 procent och bland dem som uppnår 90 år ålder har varannan haft höftfraktur.

Det har också skett en avsevärd ökning av brott och sprickor på ryggradens kotor (kotkompressioner) hos äldre under de senaste åren. Denna ökning beror också på en kombination av förändrad ålderssammansättning hos befolkningen och ökad skelettskörhet. Den drabbar därför i första hand äldre personer, och ökningen har varit mest uttalad hos dem som är 80 år eller äldre. Symptomen vid kotkompression är ofta diffusa och dessa patienter söker inte så ofta sjukhusvård. Vi vet därför inte i detalj hur stor ökningen är. Förekomsten av brott på kotkroppar (som benskörhetsfraktur) har beräknats till 10.000 årligen.

Många andra former av benbrott kan behandlas i öppen vård. Dit hör till exempel den hos äldre kvinnor mycket vanliga radiusfrakuren (brott på handleden), som i de flesta fall kan behandlas med gipsförband efter det att felvinkeln som uppstått vid benbrottet rättats till. Endast i enstaka fall kan operation och sluten vård bli aktuellt. En ökning av förekomsten kommer därför knappast att påverka resursbehoven i den slutna vården. Detsamma gäller för flertalet enstaka benbrott hos yngre personer.

Verksamhetsbeskrivning

Ortopedins innehåll utgörs till häften av oplanerad frakturbehandling och till häften av reparerande, planerade insatser. Frakturbehandlingen ges till de äldsta patienterna, peroner som råkat ut för olycksfall och så kallade småtrauma (mindre skador). Den planerade verksamheten omfattar ledoperationer, till exempel vid reumatoid artrit, och behand-

ling av ryggproblem. Därtill kommer speciella barnortopediska ingrepp och behandling av tumörer i muskler och skelett. En snabb volymökning inom ortopedin har varit möjlig genom ökade resurser, decentralisering, nivåstrukturering och samverkan med andra vårdgivare. De mycket förkortade vårdtiderna efter till exempel höftfrakturbehandling har möjliggjorts av teknikutvecklingen och samverkan med rehabiliteringsmedicin, geriatrik, primärvård och socialtjänst. Inom få områden är betydelsen av en sammanhållen vårdkedja så tydlig. I projektet Rikshöft har denna samverkan kartlagts i detalj.

Många utredningar och behandlingar, som tidigare utförts i sluten vård görs nu i öppna former genom dagkirurgi. Diagnostik och behandling av meniskskador i knäleden med endoskop "titthålskirurgi" - är ett exempel. Samtidigt som detta innebär större total kapacitet ökar den genomsnittliga vårdtyngden och vårdtiderna för de kvarvarande patienterna i sluten vård.

För ryggont, den dyraste sjukdomsgruppen hos individer i arbetsför ålder, saknas ännu kunskap om smärtans uppkomst i varje enskilt fall och bevisat effektiva behandlingsmetoder. Information till patienten och omgivningen om tillståndets godartade och självläkande karaktär liksom tidig funktionsrehabilitering är viktig. Vid de sällsynta fallen av diskbråck ger operation tillfredsställande minskning av patientens utstrålande bensmärtor men är inte alltid effektiv mot ryggbesvären. En mängd kotstabiliserande opertionsmetoder för kroniska ryggsmärtor kräver kritisk utvärdering. Ökade diagnostiska möjligheter med nya genomlysningsmetoder, till exempel magnetkamera (magnetresonanstomografi, MR), kommer att öka möjligheterna till meningsfull och effektiv behandling.

En liten men mycket krävande del av ortopedins verksamhet är omhändertagandet av svåra olycksfall. I synnerhet när det gäller patienter med omfattande skador i flera delar av kroppen - multitrauma - ställs stora krav på snabba och korrekta insatser. Behovet av kringresurser och samarbete mellan flera olika specialister innebär att en viss koncentration av svårt skadade personer till så kallade traumacentra har börjat.

Höftfrakturer

Patienter med höftfraktur står för en fjärdedel av ortopedins verksamhet. Hälften av dem har brott på själva lårbenshalsen (cervicala frakturer) och hälften nedanför denna (trokantära frakturer). Betydelsen av denna differentiering är att risken för allvarlig skada på cirkulationen till benbitarna (lårbenshuvudet) är mycket större vid cervical fraktur.

Det kan innebära att läkning uteblir och att en protesoperation med utbyte av hela eller delar av leden på sikt blir nödvändig. I vissa fall kan det till och med vara lämpligast att göra en sådan protesoperation direkt.

Medelvårdtiden på en ortopedklinik var under perioden 1988-1991 18 dagar med en mediantid på 13 dagar. Vårdtiden ökar med stigande ålder och var för åldersgruppen 60-69 år 14 dagar (medel) respektive 10 dagar (median). För åldersgruppen 90-99 år var motsvarande siffror 21 dagar (medel) och 14 dagar (median). Inga åldersgränser finns för operationen.

Före fakturen bodde 65 procent av patieterna i eget hem, 19 procent på ålderdomshem och resten på sjukhem eller vid geriatrisk klinik. Efter 45 dagar hade drygt hälften återvänt hem och 4 månader efter frakturer hade tre fjärdedelar av de patienter som ursprungligen kom från eget hem återvänt dit. I den äldsta åldersgruppen 90-99 år var majoriteten av patienterna tillbaka i sitt ursprungliga boende inom 60 dagar. Således kunde patienter, som ursprungligen bodde i eget hem trots hög ålder återvända dit.

I Sverige registreras sedan 1988 höftfrakturbehandlingar i ett nationellt kvalitetsregister för att man ska kunna jämföra effekterna av olika operationsmetoder, sätt att öva upp rörligheten hos patienterna och rehabilitera dem samt för att kartlägga betydelsen av olika typer av vårdkedjor. Registret som heter Rikshöft omfattar drygt tre fjärdedelar av landets sjukhus. Ur registret kan bland annat utläsas att genomsnittskostnaden för att behandla en patient med höftfraktur, inkluderande behov av institutionsvård och hemhjälp under de första fyra månaderna, uppgick till 75.000 år 1992. Det innebär att samhällskostnaden för höftfrakturbehandling i Sverige är cirka 1,3 miljarder årligen.

Artros

Under 1970-talet utvecklades den moderna protestekniken och den fortsatta metodutvecklingen har inneburit mycket goda långtidsresultat vid behandling av förslitningar (artros) i höft och knäled. Den mycket stora expansionen av ledprotesoperationerna (artoplastik) under 1980-talet berodde därför på ett uppdämt behov och en ökad efterfrågan snarare än en ökad sjuklighet (incidensökning). En utvidgning av indikationerna har samtidigt skett, med förskjutning av åldersgränserna både uppåt och neråt. Operationerna har under de senaste åren decentraliserats och i stor skala utförts även på länsdelssjukhusen.

Den ökade efterfrågan i kombination med en viss eftersläpning i kapacitetsuppbyggnaden ledde under 1980-talet till ökande operationköer. I flera omgångar satsades extra resurser och statliga så kallade köpengar på en kapacitetsökning. I den centrala vårdgarantin 1992 ingick också ledprotesoperationer (ledplastiker) och under det året gjordes 13.000 höftledsoperationer. Därefter har en viss minskning skett och hösten 1995 ses åter ökande köer till denna behandling. Behovet har beräknats till 13.000-14.000 höftplastiker och 6.000-7.000 knäplastiker årligen. För både höft- och knäplastiker finns nationella kvalitetsregister, som bland annat visar att insatserna blir allt mer kostnadseffektiva i takt med att långtidsresultaten förbättras.

Utvecklingen under de närmaste åren

Ortopedin kommer att få ökad belastning under perioden fram till år 2010. Ett ökande behov av tyngre operationer och sjukhusvård betingas av ett förändrat sjukdomspanorama som bland annat beror på ökad benskörhet och en äldre befolkning. Antalet höftfrakturer kan - baserat på ökningen av antalet äldre i befolkningen och på den riskökning som sker - bedömas öka med 50 procent under första decenniet av 2000-talet jämfört med 1990-talets början. Ökningen kommer att vara större hos stadsbefolkningen. Till detta kommer också att den åldrade befolkning det här är tal om samtidigt drabbas av andra sjukdomstillstånd, som ökar vårdtyngden och behovet av kvalificerad rehablitering i kommunal regi till exempel efter slaganfall, andra hjärt- och kärlsjukdomar och åldersdiabetes.

För dessa människor, vars anhöriga också är åldriga liksom för andra grupper med jämförbara problem, prioriteras närhet och tillgänglighet. Efter skadan är smärtlindring viktig och långa transporter bör undvikas. Behandlingen är standardiserad och ett tillräckligt antal patienter garanterar metodkunskap, träning och god kvalitet med hög kostnadseffektivitet vid de flesta akutsjukhus. En högre grad av koncentration skulle också äventyra kapaciteten. Det finns därför behov av att konsolidera resurserna för en decentraliserad behandling av äldre människor med utslitna leder och behandlingskrävande frakturer.

I detta sammanhang bör också möjligheten till förebyggande insatser belysas. Viktiga anledningar till den ökande förekomsten av skelettskador är benskörhet (osteoporos) och minskad benmassa (osteopeni). För att förebygga dessa rekommenderas fysisk aktivitet, näringsriktig kost (minst 800 mg calcium per dag) och tillräckligt med D-vitamin (10 microgram per dag) samt rökstopp. Aktuella studier tyder på att äldre människors kost har betydande brister i sammansättningen.

Läkemedelsverket har rekommenderat att kvinnor med risk för benskörhet skall informeras om möjlighter och risker med östrogenbehandling. Sådan behandling tycks kunna minska osteoporosutvecklingen under förutsättning att den pågår under många år. Den kan samtidigt ha en skyddande effekt mot hjärt- och kärlsjukdom. Nackdelen är bland annat ökad risk för cancer i livmodern och brösten. Sammanfattningsvis kan emellertid bedömas att den förebyggande insatsen med dagens mediciner inte kommer att påverka förekomsten av åldersrelaterade skelettskador hos äldre kvinnor under det närmaste decenniet.

Urologi

Utvecklingen inom urologin inför 2000-talet

Befolkningens ålderssammansättning, den epidemiologiska och medicinska utvecklingen talar för ett ökat behov av urologisk verksamhet under de närmaste åren. Nya tekniker till exempel för diagnostik och behandling av prostataförstoring och prostatacancer har redan medfört vidgade indikationer så att nya patientgrupper tillkommit, men har också inneburit förenklade behandlingar.

En fortsatt och ökande specialisering kan förutses. Behovet av sluten vård kan komma att minska och ersättas av ökad dagkirurgisk och poliklinisk verksamhet. Avsaknaden av en enhetlig och nationell registrering av dagkirurgiska insatser är för närvarande en allvarlig brist, som innebär att det är svårt att göra en bra beskrivning av den samlade urologiska verksamheten, oavsett vårdform.

För att klara av behoven krävs en fortsatt utveckling av nya metoder och dagkirurgisk verksamhet. En snabb spridning av nya mediciner för behandling av symptom från nedre urinvägarna och för prostatacancer hotar att spränga kostnadsramarna utan motsvarande medicinska vinster.

Kirurgiska sjukdomar i urinvägarna

Urologin omfattar njurarnas, urinvägarnas (urinledare, urinblåsa och urinrör) och de manliga könsorganens kirurgiska sjukdomar. De vanligaste tillstånden är förstoring av blåshalskörteln (prostata) med vattenkastningsproblem, cancer i blåshalskörteln (prostatacancer), sten i njurar och urinvägar samt cancer i urinvägarna. Andrologisk verksam-

het (undersökning, diagnostik och behandling av manlig infertilitet och potensrubbningar) bedrivs dessutom ofta inom urologin.

Liksom inom övriga medicinska områden är de urologiska sjukdomarnas förekomst starkt åldersrelaterad. Till detta kommer utvecklingen av nya diagnos- och behandlingsmetoder. Ett aktuellt diskussionsämne är huruvida det är motiverat med hälsokontroller för tidig upptäckt av icke symptomgivande prostatacancer.

För ett ökat behov av urologisk sjukvård talar förändringar i befolkningens ålderssammansättning, med framför allt ökad förekomst av cancer, tillkomsten av nya behandlingsmetoder med, som alltid, vidgade indikationer, samt befolkningens ökade krav på hög livskvalitet. Mot detta ökade behov av urologisk verksamhet kan ställas nya metoder som kan minska behovet av sluten vård, men också behandlingar som kan minska risken för återfall av till exempel blåscancer.

Den strukturförändring av urologin som pågår sedan några år tillbaka har inneburit att en ökad verksamhet kunnat bedrivas med minskade slutenvårdsresurser. Antalet patienter med stensjukdom, prostataförstoring, blåstumör och prostatacancer som man kunnat behandla har således ökat trots att antalet vårdtillfällen i sluten vård minskat. Det innebär emellertid samtidigt att vårdtyngden ökat för de patienter som kräver sjukhusvård.

Verksamhetsbeskrivning

Godartad prostataförstoring

Många män har besvär från nedre urinvägarna (blåshalsen och urinröret). Besvären kan vara allt från svårigheter att komma igång eller sveda vid vattenkastning, efterdropp och en känsla av att blåsan inte töms ordentligt, till ett totalstopp för vattenkastning. I många fall går besvären över utan särskild behandling. I undersökningar har det visat sig att upp till hälften av de män, som remitterats till urologisk specialklinik för vattenkastningsbesvär, endast hade obetydligt eller inget mätbart avflödeshinder för blåsans tömning. Detta stämmer också väl överens med väntelistestudier, som visat att en fjärdedel av de patienter som stått på väntelista mer än ett år kunde avföras som besvärsfria, en fjärdedel hade måttliga besvär och hälften hade oförändrade eller förvärrade besvär, som krävde operation.

Den svåra diagnostiken och variationen i bedömningar om vilka åtgärder som är nödvändiga visas av att det 1992 inom vissa delar av

landet gjordes mer än dubbelt så många prostataoperationer per underliggande befolkning som inom andra delar (250–600 per 100.000). Slutsatsen är att bättre diagnosmetoder och skärpta krav för operation kan minska det reella behovet av behandling av förstorad prostata med bibehållna eller till och med förbättrade medicinska resultat, trots att andelen äldre män ökar i befolkningen.

De olika typerna av behandling av förstorad prostata kan delas in utifrån åtgärdens omfattning. Procenttalen för de olika behandlingsalternativen nedan kommer från en registrering av all behandling av prostataförstoring, som genomfördes i landet under en 5-veckorsperiod 1992. "Maximalinvasiv" behandling är en öppen operation, vilket tillämpades i cirka 1 procent av fallen. Den vanligaste åtgärden (cirka 80 procent av fallen) var transuretral resektion (TUR) det vill säga att den förstorade delen av prostatakörteln hyvlas bort med hjälp av ett rörinstrument som förs in genom urinröret. En rad minimalinvasiva metoder, som bygger på teknikutvecklingen har tillkommit under de senaste åren. Den mest använda var transuretral (genom urinröret) mikrovågsbehandling (TUMT) (13 procent). Med minimalinvasiv menas här att instrument införs i kroppen utan att en egentlig operation genomförs.

Antalet behandlade patienter har under 1990-talet legat mellan 12.000 och 15.000 årligen. Ökningen av antalet operationer och mikrovågsbehandlingar verkar ha planat ut på denna nivå. Däremot ökar nu mycket snabbt den medicinska behandlingen. Beräknat utifrån Apoteksbolagets statistik om årsdoser, behandlades 2 till 3 gånger fler patienter för prostataförstoring år 1994 jämfört med 1990 och 1992. Kostnaden för medicinsk behandling räknat över en tioårsperiod blir mer än dubbelt så hög som kirurgisk (TUR eller TUMT). (Kirurgisk behandling beräknas kosta 17.000 kronor + behov av nytt ingrepp inom tio år hos 10 procent av patienterna och medicinsk behandling 3.600 kronor årligen.) Ökningen av antalet män som får behandling mot prostataförstoring har ingen medicinsk grund. Som ovan sagts har sjukdomen många gånger ett varierande förlopp och många av patienterna saknar avflödeshinder av betydelse. Det tycks nu därför klart att en mycket omfattande och kostsam övermedicinering är på väg att etableras. Med nuvarande trend skulle totalkostnaden för behandling av godartad prostataförstoring kunna öka från 200 till 800 miljoner kronor årligen.

Sten i urinvägarna

Titthålskirurgi och stötvågsbehandling av njursten och sten i urinledaren har revolutionerat behandlingen. Öppna operationer, som fram

till början av 1980-talet var rutin, har nu blivit en sällsynthet. I motsvarande grad har slutenvårdsresurser och operationskapacitet kunna omfördelas. Entusiasmen över de nya metoderna har emellertid inneburit att investeringarna i ny teknik med god marginal överskrider det verkliga behovet. Den första stötvågsenheten utrustades 1985 och 1995 fanns det 21 anläggningar i landet. Många stötvågsmaskiner i Sverige utnyttjas långt under sin kapacitet (totalt kapacitetsutnyttjande mindre än 20 procent) och en kartläggning har visat att Sverige näst efter Schweiz har flest maskiner per innevånare i Europa. Detta har inneburit att indikationerna för behandling blivit vidare och antalet årligen behandlade patienter har ökat med en tredjedel från 3.000 till 4.000. Kapaciten innebär att marginalkostnaden för tillkommande patienter för närvarande är låg.

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män med cirka 5.300 nyinsjuknade årligen, vilket motsvarar 25 procent av samtliga cancerfall hos män. Antalet nya fall har under de senaste tio åren ökat med 1,2 procent om året. Många patienter är symptomfria och diagnosen ställs i samband med undersökning av annan anledning.

Behandlingen kan vara inriktad på två principiellt olika mål: att bota cancersjukdomen (kurativt syftande) eller att ge symptomlindring. För att ha teoretiska möjligheter att lyckas måste den botande behandlingen, som innebär operation eller strålbehandling, sättas in så tidigt att cancerceller inte hunnit spridas utanför prostatan. I detta skede är patienten ofta symptomfri och det är för dessa fall, som hälsokontroller (screening) för prostatacancer förespråkats. Det är emellertid ännu inte säkert visat att kurativt syftande kirurgisk behandling ger totalt sett bättre utfall i form av överlevnad och livskvalitet, och enligt SBU:s rapport från 1995 finns för närvarande inte skäl att starta allmänna hälsokontroller för prostatacancer i Sverige.

Symptomstyrd behandling innebär att man primärt avstår från att ge behandling och istället behandlar symptomen till exempel avflödeshinder för urinen eller smärta efterhand som de uppstår. Behandlingen kan också från början vara lindrande (palliativ) och består då av hormonbehandling och strålbehandling mot spridningshärdar. Tidigare utfördes ofta hormonbehandlingen genom kirurgisk kastration, men har nu alltmer ersatts av medicinsk kastration (LHRH-analoger). Kostnaderna för denna medicinska behandling var 1992 75 miljoner och 1994 140 miljoner kronor. Kostnaden för kirurgisk kastration ligger runt 15.000 kronor per patient i sluten vård och cirka 5.000 kronor i öppen

vård och är engångskostnader, vilket skall jämföras med kostnaden för LHRH-behandling, som för närvarande är närmare 20.000 kronor per patient och år. Med en mer fullständig medicinsk behandling (androgenblockad) fördubblas kostnaden.

Cancer i urinblåsan

Förekomsten av blåscancer hos befolkningen ökar något samtidigt som patienternas ålder vid diagnosen successivt förskjuts uppåt. Denna cancerform är tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor och antalet nyinsjuknade per år ligger runt 2000. Behandlingen vid ytlig blåscancer består av hyvling genom urinröret. Denna kompletteras idag ofta med att blåsan fylls med en lösning för stimulering av immunförsvaret (BCG), alternativt med cellgift. Dessa metoder har minskat återfallen på ett påtagligt sätt och därmed givit patienterna bättre livskvalitet, samtidigt som resursbehovet total sett minskat.

Vid djupare cancerväxt krävs större operationer där också själva urinblåsan avlägsnas. Den ersätts då med en tarmblåsa det vill säga en ny blåsa på platsen för den gamla. Nya tekniker gjort att patienterna inte ständigt behöver ha "påse på magen" utan endast ett mindre förband och kan tömma den nya blåsan vid lämpliga tillfällen. Antalet ingrepp tycks för närvarande ligga stilla på samma nivå.

Andrologisk verksamhet

En verksamhet som ökat hastigt under de senaste åren är injektionsbehandling vid impotens. Kostnaden för sådan behandling var under de sista 9 månaderna 1994 21 miljoner, en kostnad som kan förväntas stiga kraftigt i takt med att de patienter som inlett behandlingen kommer att fortsätta och nya tillkommer. Bruket av injektionsbehandling varierar för närvarande mycket inom landet och en ökad total efterfrågan kan därför förväntas när information om behandlingen spridit sig. Efterfrågan kan komma att påverkas av nya regler för läkemedelssubventioner.

Kvinnosjukdomar och förlossningar

Kvinnosjukvården inför 2000-talet

En fortsatt strukturförändring av förlossningsvården och den slutna gynekologiska vården kan förväntas både för att ge ett bra resursutnyttjande och en god kvalitet. För en del ovanliga och i vissa fall ärftliga tumörformer kommer utvecklingen att innebära tidigare och effektivare behandling. Till detta kan också läggas utvecklingen av vaccin mot livmoderhalscancer.

Användning av "titthålsmetoder" (laparoskopi) och vaginala ingrepp (via slidan) för att ta bort hela eller delar av livmodern kommer att öka. En ökad operationsfrekvens medför därför inte något ökat behov av slutenvårdsplatser.

Efterfrågan kommer att öka på hormonbehandling för klimakteriebesvär och för att förbygga vissa andra åldersförändringar. Denna behandling kommer även vid ökad spridning att i första hand skötas inom kvinnosjukvårdens ram.

Diskussionen kommer att fortsätta när det gäller prioriteringar och finansiering av åtgärder mot barnlöshet, steriliseringsingrepp, gynekologisk hälsokontroll och hormonbehandling i förebyggande syfte. I dessa sammanhang blir frågor om patientavgifter i den förebyggande mödrahälsovården och vid preventivmedelsrådgivning också aktuella.

Förlossningar

Inom hälso- och sjukvården för kvinnor svarar förlossningar för två tredjedelar av verksamheten. De försök, som gjorts att förutspå förlossningstalen för att kunna planera för en lämplig organisation har alla misslyckats. Man måste därför acceptera en ganska vid planeringsvolym, som kan motsvara dagens förlossningstal med en variation uppåt och nedåt på minst 10 procent årligen. Under de senaste tjugo åren har variationen i förlossningar varit mellan 110.000 år 1973 och drygt 90.000 tio år senare för att därefter åter öka till 125.000.

Trots höga förlossningstal de senaste åren har den medicinska utvecklingen gjort att antalet sängplatser vid sjukhusen från 1973 kunnat minska med en tredjedel till drygt 2000 idag. Det som ännu för bara några år sedan kallades "tidig hemgång" motsvarar idag den vanligaste vårdtiden och ytterligare förkortning av medelvårdtiden kan förväntas. Inom kort kommer "tidig hemgång" att motsvaras av 8 timmar, dvs hemgång inom förlossningsdygnet. Det ställer givetvis

stora krav på patient- och föräldrautbildning från kvinnoklinikernas sida och på barnläkarnas beredskap att göra de undersökningar, bedömningar och screeningåtgärder (provtagningar för att tidigt avslöja medfödda rubbningar), som nu görs huvudsakligen i sluten vård. I en internationell jämförelse är vårdtiderna i Sverige fortfarande generösa. Försäkringssystemen i Canada och USA inkluderar t.ex. sällan mer än 2 vårddagar för en normalförlossning. De stora skillnaderna inom Sverige i medelvårdtid från 2,8 till 5,2 dagar talar också för att ytterligare minskning kan förväntas.

Idag sker 20 procent av förlossningarna på regionsjukhus, 60 procent på länssjukhus, 17 procent på länsdelssjukhus med gynekologisk service och cirka 6 procent på sjukhus utan gynekologisk jourverksamhet. 18 av enheterna har mer än 3000 förlossningar per år, 14 har färre än 1000, varav 5 färre än 500. Det innebär bland annat att 20 procent av förlossningarna sker på sjukhus med färre än 900 förlossningar årligen.

Utvecklingen inom förlossningsvård och vård av nyfödda är internationellt sett ett bra kvalitetsmått på hälso- och sjukvård. Det är också ett av de äldsta inom svensk sjukvård. Registreringen bygger på rapportering - Medicinskt födelsemeddelande - till Socialstyrelsens register - MFM. Det man registrerar är både mödradödlighet i samband med förlossning och perinatal dödlighet, med vilket menas barnets död efter 28:e graviditetsveckan, under förlossning och inom en vecka. Utvecklingen när det gäller att ta hand om mycket små nyfödda, som väger under ett kilo har varit framgångsrik, och internationellt används därför 22:a graviditetsveckan som gräns för att beskriva perinatal dödlighet. Socialstyrelsen har efter påpekanden från expertgrupperna för barn- och ungdomsmedicin och kvinnosjukdomar tagit initiativ till en sådan förändring även för svenskt vidkommande. För detta krävs förutom ändringar i registreringsrutinerna också förändringar i t.ex. folkbokföringsförordningen. Utvecklingen kan också komma att påverka reglerna för sena aborter.

Under de senaste 20 åren har förlossningsvården i Sverige förbättrats så mycket att närmare 1000 barn färre dör årligen i samband med graviditet och förlossning idag. Den perinatala dödligheten är nu så låg att man inte längre kan göra jämförelser mellan sjukhus på årsbas utan måste använda 5-årsmaterial för att beskriva utvecklingen. Trots detta kan man vid särskild kvalitetsgranskning av förlossningsvården, så kallad perinatal revision, fortfarande visa att 20 procent av de perinatala dödsfallen kunde ha undvikits. Flest perinatala dödsfall sker före förlossningen även om en betydande nedgång skett under senare år, men den största andelen dödsfall som kunde undvikits skedde i samband med själva förlossningen. En ytterligare förbättring av vården kan således förväntas framför allt när det gäller de mycket små

nyfödda. Detta kommer att ställa ökade krav på intensivvårdsresurser men också på ökad kunskap att tidigt kunna prognosticera och skilja ut riskgrupper.

Ökade intensivvårdsresurser för spädbarn ställer också krav på tillräckligt patientunderlag för att man skall kunna bygga upp och vidmakthålla kompetens för omhändertagandet av riskgraviditeter och mycket små nyfödda. Under de senaste två decennierna har förlossningsvården i Sverige koncentrerats i högre grad än i de flesta andra länder. Orsakerna har dels varit behovet av koncentration för att utveckla personalens kompetens dels möjligheterna för landstingen att utan medicinskt risktagande, eller till och med med en medicinsk vinst minska kostnaderna för förlossningsvården. Fortfarande bedrivs förlossningsvård vid sjukhus utan gynekologisk eller barnmedicinsk jourverksamhet. En ökad remittering av riskgraviditeter tycks dock ske från dessa.

Ett kvalitetmått på förlossningsvård har varit andelen kejsarsnitt. Dessas andel ökade från 1973 till 1983 från 5 procent till 12 procent och låg därefter kvar på den nivån under tio år. En andel under 10-12 procent eftersträvades och ansågs tala för tillfredsställande kvalitet. Under de senaste åren tycks emellertid ett trendbrott ha skett och en viss ökning kan nu ses. Det som emellertid är mest slående är den mycket stora variationen i snittfrekvens mellan olika sjukhus - från under 6 procent till över 15 procent. De stora skillnaderna i praxis gäller användningen av kejsarsnitt vid bland annat sätesbjudning och tvillingförlossning. Även inom andra områden finns stora skillnader, t.ex. utnyttjandet av ryggbedövning och användning av sugklocka.

Ett relativt stort antal anmälningsärenden till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har under de senaste åren gällt förlossningsskador. Socialstyrelsen arrangerade därför hösten 1993 en konferens om syrebrist (asfyxi) hos foster och barn i samband med förlossning. Vid denna konstaterades bland annat att barn, som under förlossningen drabbats av komplikationer, i vissa fall haft avvikelser i utvecklingen redan före detta skede. Dessa avvikelser har ibland varit orsak till de bestående men som senare kunnat konstateras. De är alltså inte egentliga förlossningsskador. Samtidigt utgör sådana defekter en riskfaktor, vars effekt kan minskas med en väl fungerande vård. Förutom den mänskliga tragedi som en sådan komplikation kan leda till, finns också ett försäkringsproblem som gör det angeläget att orsaken till bestående men kan utredas. Även detta fordrar hög kompetens.

För de närmaste åren kan man förvänta sig en fortsatt koncentration av förlossningsvården i vårt land. Orsakerna är flera. Dels fordrar ett utnyttjande av modern teknologi investeringar och tillräckligt patientunderlag för att upprätthålla hela vårdteamets kompetens. Dels kan

ytterligare koncentration ge besparingar, som kan användas inom andra angelägna områden. En fortsatt minskning av vårdtiderna miskar dessutom behovet av vårdplatser i den slutna vården.

Ofrivillig barnlöshet

I den statliga prioriteringsutredningens delbetänkande "Vårdens svåra val" från 1994 angavs ofrivillig barnlöshet som ett lågt prioriterat område för den allmänna hälso- och sjukvården, vilket väckte stor uppmärksamhet. I slutbetänkandet från 1995 har formuleringarna ändrats och skillnaden mellan ofruktsamhet som en komplikation till tidigare skada eller infektion och ofruktsamhet utan känd orsak har tonats ner. Det innebär att man kan ha välmotiverat behov av samhällets stöd oavsett om behovet är livskvalitetsrelaterat eller hälsorelaterat.

I dag utförs cirka 5000 IVF-behandlingar (provrörsbefruktning) per år varav 60–70 procent bekostas med offentliga medel. Mer än 1000 barn föds årligen tack vara denna insats och något mer än hälften av de ofrivilligt barnlösa paren förväntas kunna få barn med hjälp av dessa metoder. Nya metoder tillkommer med ännu bättre resultat t.ex. mikroinjektion av spermier direkt in i ägget. De väsentligaste problemen är diskussionen om prioriteringar och stöd av allmänna medel vid behandling av barnlöshet.

Abort och sterilisering

En ny steriliseringslag infördes i början av 1980-talet. Efter en kraftig ökning av antalet steriliseringar har dessa de senaste femton åren legat konstant på 8–10.000 per år, varav en femtedel utgörs av män. Någon nämnvärd förändring kan inte förväntas.

Under 1970-talet steg antalet aborter mycket kraftigt upp till drygt 30.000 år 1975. Antalet har därefter legat oförändrat mellan 30 och 39.000 årligen. En viss nedgång kan nu ses framför allt bland tonåringarna. En ny generation läkemedel inom detta område kan innebära att operationsresurser frigörs även om behandlingen även i dessa fall genomförs på sjukhuset.

Kvinnosjukdomar

Tumörsjukdomar

Äggstockscancer är den tredje vanligaste cencerformen bland svenska kvinnor och närmare 1000 nya fall upptäcks varje år. Incidensen - nyinsjuknandet - har varit oförändrad under lång tid. En viss tendens till minskning kan nu ses hos yngre kvinnor, vilket kan vara en effekt av p-piller användning. Prognosen för överlevnad har inte förändrats och innebär att cirka 40 procent av patienterna lever efter fem år. Någon för medicinsk praxis eller för resursbehov avgörande förändring kan inte förväntas under de närmaste åren.

Livmodercancer är en tumörform som är åldersrelaterad och har därför ökat under de senaste åren till cirka 1200 fall per år, men prognosen för överlevnad är betydligt bättre. Fem år efter upptäckt och behandling lever mer än 8 av 10 kvinnor och ännu efter tio år lever närmare 80 procent. Könshormoner, i synnerhet östrogen, anses vara en riskfaktor.

För livmoderhalscancer har i de flesta länder en kontinuerlig sänkning av nyinsjuknandet kunnat ses under de senaste decennierna och antalet nya fall i Sverige är för närvarande cirka 500 per år. Hälsokontroller med cellprov anses ha haft en gynnsam effekt. Denna cancerform orsakas sannolikt av en lokal virusinfektion (papillomvirus), vilket kan förklara att bättre sexualhygien kan påverka förekomsten. Detta innebär också att man kan vänta sig ett effektivt vaccin mot denna cancerform. Kostnadseffektiviteten för allmän hälsokontroll med cellprov har under senare år ifrågasatts, och en kartläggning av dess omfattning och resultat pågår för närvarande. Ett mål är liksom för all hälsokontroll att begränsa undersökningen till eventuella riskgrupper för att öka effektiviteten och inte heller i onödan oroa friska kvinnor. Kända riskgrupper omfattar kvinnor med tidig sexdebut och många partner.

Behandlingen av gynekologisk cancer går nu mot ökade kirurgiska åtgärder och minskad strålbehandling. Det innebär bland annat att fler patienter kan behandlas utanför de regionala centra där den avancerade strålutrustningen finns. För framtiden kan man därör vänta sig att fler kvinnor kan ges behandling vid länsklinikerna. För att uppnå bästa möjliga resultat behövs en koncentration av den gynekologiska kirurgin för att säkerställa tillräckligt med patienter som opereras per klinik.

Borttagande av livmodern

Borttagande av livmodern - hysterektomi - är 3-5 gånger vanligare i USA än i Sverige. I USA har 40 procent av alla kvinnor i 60-års åldern blivit opererade mot 10 procent i Sverige. Även inom Sverige finns emellertid stora variationer, vilket bland annat konstaterades vid en konsensuskonferens 1994. Här konstaterades också man i USA tar bort livmodern av andra skäl än strikt medicinska. Utvecklingen går nu dels mot endoskopiska metoder ("titthålskirurgi" och liknande tekniker), som kan innebära att hela eller delar av livmodern avlägsnas, dels mot ökad hormonbehandling. De endoskopiska metoderna innebär antingen en större operation med "titthålsteknik" där hela livmodern avlägsnas genom buken, eller borttagande av slemhinnan med hjälp av instrument som förs in genom slidan och som genomförs i dagkirurgi. Tack vare dessa metoder kan en viss ökning förväntas ske av de operationer där livmodern avlägsnas, trots en ökad hormonbehandling.

Hormonbehandling

Behandling med kvinnligt könshormon - östrogen - är väl beprövad och mycket effektiv vid klimakteriebesvär. Dessutom kommer nu rapporter om att östrogen också kan förebygga hjärt- och kärlsjukdomar och benskörhet. För vissa av dessa insatser fordras medicinering under många år och någon etablerad behandling finns ännu inte. Det är emellertid sannolikt att östrogenbehandling av kvinnor under och efter menopaus kommer att bli mycket vanligt under de närmaste åren. Behandlingen är dock inte utan biverkningar och en viss resurs kommer att krävas för omhändertagande av till exempel blödningsrubbningar.

Ögonsjukvård

Utvecklingen inom ögonsjukvården inför 2000-talet

Den demografiska och medicinska utvecklingen talar för reellt ökade behov av starroperationer under de närmaste åren. Nya tekniker kan medföra vidgade indikationer så att nya patientgrupper tillkommer men kan också innebära förenklade behandlingar och minskat resursbehov.

En reell ökning av behoven innebär att samverkan, utveckling av nya metoder och dagkirurgisk verksamhet inte är tillräckliga för att möta de ökande kraven utan ett resurstillskott. De allt äldre patientgrupperna ställer också ökande krav på rehabiliteringsinsatser som kan kräva åtgärder utanför den egentliga ögonsjukvården.

Vårdstrukturen för omhändertagandet av de stora patientgrupperna bygger idag på en decentraliserad modell. För de enstaka patienterna med svåra skador och behov av akut kirurgiskt omhändertagande och omfattande kringresurser kan förutses en ökad koncentration.

Ögonklinikerna kommer även i framtiden att vara en viktig resurs för hälsokontroller för diabetiker. Om utformningen skall vara i enlighet med konsensuskonferensens slutsatser fordras en ökning av resurserna såväl kvantitativt som kvalitativt. Olika organisatoriska modeller där patienten står i centrum kommer att utvecklas efter de lokala behov och förutsättningar som finns.

Ögonsjukvårdens utveckling och verksamhet

Det är diagnostik och behandling av patienter med grå starr (grumling av linsen, katarakt) och grön starr (glaukom) som tillsammans utgör större delen av ögonklinikernas verksamhet. Till detta kommer kontroll och behandling av patienter med diabetes, behandling av sjukdomar i glaskroppen och näthinnan samt skelningskirurgi för barn.

Inom få områden har teknikutvecklingen haft så dramatiska effekter som inom ögonkirurgin. Efter introduktionen av metoden att ersätta ögats egen lins med en konstgjord, ökade efterfrågan och behandlingen från 7.000 patienter år 1980 till 41.000 1994. Ökningen tycks dessutom fortsätta. Den gamla tekniken innebar att ögats egen grumlade lins avlägsnades och att dess funktion ersattes av starka glasögon: "starrglas". Efter en sådan starroperation var den bristande samverkan mellan ögonen ett betydande problem och starren behövde därför "mogna" innan ingreppet kunde beräknas ge vinst i form av totalt bättre synförmåga. Med den nya tekniken kan ögonen samarbeta och operationen kan genomföras utan hänsyn till synskärpan på det bästa ögat. Överförandet av 90 procent av operationerna till dagkirurgi har varit en förutsättning för expansionen.

De goda resultaten vidgade indikationerna, ökade efterfrågan och skapade köer. För att minska dessa satsades i slutet av 1980-talet speciella köpengar och i 1992 års centrala vårdgaranti ingick starroperation. Kösituationen ledde också till en stor operationsverksamhet i privat regi. Trots dessa insatser har köproblemen inte

försvunnit. Expansionen, köproblemen och behoven att följa upp verksamheten ledde till starten av ett nationellt kataraktregister 1992.

Grön starr (glaukom) är också en ålderssjukdom. Den utvecklas långsamt och kan behandlas på delvis olika sätt: med mediciner, med laserbehandling och med operation. Metodutvecklingen innebär att något ökat behov av slutenvårdsresurser inte kommer att uppstå trots förändringar i befolkningspyramiden.

För operation av näthinneavlossning och skelning bedöms behoven förbli oförändrade. Med fungerande hälsokontroller (screening) och utbyggd laserverksamhet för behandling av näthinnekomplikationer vid diabetes, minskar sannolikt på sikt behovet av operationer för glaskroppskomplikationer. Även inom dessa områden gör övergång till dagkirurgiska metoder att behovet av slutenvårdsresurser minskar.

Ögonsjukvården inför 2000-talet

Behovet av gråstarroperationer beräknas utifrån efterfrågan och hittills genomförd behandling och dess effekter i relation till befolkningsutvecklingen vara kring 50 patienter per 1000 i ålder över 70 år. Det skulle innebära cirka 65.000 operationer årligen, det vill säga en ytterligare femtioprocentig ökning jämfört med 1994. Huvuddelen av gråstarroperationerna kommer även i framtiden att utföras som dagkirurgi. Kostnaden för en gråstarroperation är nu strax under 10.000 kronor och den förutsedda ökningen kommer att kosta ett par hundra miljoner årligen.

Siffrorna bygger på att operationen genomförs när synen på bästa ögat ligger vid gränsen för kravet för körkort (0,5) samt en tjugoprocentig ökning av antalet personer över 70 år om tio år. I bedömningen av när man bör operera ligger också kunskap om att operationen leder till förbättrad syn, att riskerna med operationen är små, att patienternas allmänna livskvalitet ökar och att den förbättrade synen leder till ökad aktivitet. Dessa vinster minskar kostnaderna för hemhjälp liksom hemvård och risken för frakturer och andra skador orsakade av nedsatt synskärpa. Aktiviteter som givits upp på grund av dålig syn är svåra att återuppta och tidpunkten för operationen är därför viktig, om man vill att människor skall förbli aktiva och oberoende längre upp i åldrarna.

Diabetes är den vanligaste orsaken till förvärvad blindhet i vuxen ålder. Genom regelbundna hälsokontroller av ögonen kan allvarliga skador påvisas och behandlas innan de blir obotliga. Det är viktigt att denna typ av hälsokontroller ges tillräckligt utrymme även under trycket av en ökad ögonkirurgisk verksamhet. Behovet, omfattningen

och metoderna har redovisats vid en svensk konsensuskonferens 1991 om diabetesretinopati.

Akuta ögonskador som fordrar kirurgiska ingrepp är sällsynta. En koncentration till ett fåtal kliniker kan förväntas.

Bilaga 10
Resursbehov för psykiatrisk vård år 2010

Börje Lassenius
Medicinalråd, Socialstyrelsen
Stockholm

Innehåll

Resursbehov för psykiatrisk vård år 2010

Av Börje Lassenius

Förord 87
Sammanfattning 88
Inledning 97
Aktuella utvecklingslinjer 99
Avgränsning och samverkan 121
Framtida personalbehov 122
Resursbehov för olika problemområden 124
Sammanställning av resursbehoven år 2010 jämfört med resursbehoven år 1991 för olika problemområden 131
Ett annat sätt att beräkna resursbehoven år 2010 132
Appendix 133

Resursbehov för psykiatrisk vård år 2010

Av Börje Lassenius

Förord

Denna rapport grundar sig på det bakgrundsmaterial som föreligger från Psykiatriutredningen, främst Psykiatrin och dess patienter – – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling (SOU 1992:37) och på material från Socialstyrelsen. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, har bidragit med uppgifter om avslutade vårdtillfällen i psykiatrisk sluten vård. Primärvårds-, tandvårds- och psykiatrienheten vid Socialstyrelsen har genomfört en inventering den 5 oktober 1994 av alla patienter som denna dag vårdades i sluten psykiatrisk vård.

Bakgrundsmaterialet sammanställdes under våren 1995 av Börje Lassenius och Marika Arvidsson: Psykiatrin 1994 – en kort beskrivning av psykiatrins resursanvändning 1990-1994 (före Psykiatrireformen).

Den 23 maj 1995 anordnade HSU 2000 ett seminarium. På detta redovisade sakkunniga inom sina områden olika aspekter av psykiatrin för att ge en bild av den förväntade utvecklingen och en vision av psykiatrins resursbehov 2010. Programmet till seminariet bifogas som en bilaga till denna rapport.

Med stöd av seminariedeltagarnas åsikter och egen erfarenhet har jag sammanställt rapporten på uppdrag av HSU 2000. Rapporten försöker dra ut konsekvenserna av vissa i dag aktuella utvecklingslinjer och på så sätt ge en bild av vilka förväntningar som kan ställas på resurser för såväl specialiserad psykiatrisk vård som kommunal hälso- och sjukvård för psykiskt störda år 2010.

Om den psykiatriska vården får för litet resurser kommer i stället annan hälso- och sjukvård och socialtjänsten att belastas med ökade problem. Många av problemen är gemensamma och kräver nära samarbete.

Sammanfattning

Förändringar i samhället kan komma att påverka psykiatrins resursbehov år 2010. Det har skett en nedrustning av elevvården och skolans stöd till barnen. Arbetslösheten kommer under lång tid att vara relativt hög i synnerhet bland invandrare från utomeuropeiska länder. Inte bara förstagenerationens invandrare utan även andragenerationens har sociala och psykiska problem i större utsträckning än övriga. Tillgången till alkohol förväntas öka och missbruket sprida sig bland de psykiskt störda.

Psykiatriska diagnoser står för en stor andel (45 procent) av förtidspensioner och sjukbidrag för personer under 45 år. Socialförsäkringens kostnader för psykiskt störda beräknades 1991 till 12 miljarder kr., vilket var mer än sjukvårdens kostnader för denna grupp.

De närmaste åren kommer ytterligare reducering att ske av psykiatrins resurser genom att ansvaret för många av de psykiskt långvarigt störda förs över till kommunerna. Men om neddragningar görs därutöver för den specialiserade psykiatriska vården leder detta till att människor med psykiska problem, missbrukare och psykiskt sjuka i stället får söka sig till andra delar av hälso- och sjukvården eller till socialtjänsten. Dessa utgör med varandra kommunicerande system.

I denna rapport redovisas vissa aktuella utvecklingslinjer, som förväntas ha betydelse även för förhållandena år 2010. I avsnittet *Från mentalsjukhus till kommunal omvårdnad* beskrivs den psykiatriska vårdens utveckling de senaste 15 åren. Under denna tid har den slutna psykiatriska vården halverats och de stora mentalsjukhusen avvecklats. I stället har den psykiatriska vården organiserats i s.k. sektorer, vilket innebär en sammanhållen organisation för sluten och öppen vård för ett geografiskt avgränsat område. Genomsnittssektorn har ett befolkningsunderlag på 70 000 invånare. I dag finns det cirka 120 psykiatriska sektorer och omkring 400 mottagningar spridda över landet. Därtill finns på vissa håll särskilda enheter för t.ex. missbrukarvård och för rättspsykiatrisk vård av patienter som av domstol överlämnats till sådan vård.

Kommunerna får enligt psykiatrireformen ansvaret för de psykiskt långtidssjuka som inte längre bedöms behöva aktiv psykiatrisk vård på sjukhus. Kommunerna skall också överta viss social verksamhet som byggts upp inom psykiatrin. För detta kommer landstingen att överföra vissa ekonomiska resurser till kommunerna enligt en ekonomisk reglering.

Till följd av dessa förändringar kommer den specialiserade psykiatrin år 2010 att ha endast ett begränsat antal patienter i sluten korttidsvård. Det gäller i första hand tvångsvård. Den har sannolikt minskat

ytterligare i omfattning men handlar ändå om att 500-700 patienter vårdas vid samma tillfälle enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Däremot kan det tänkas att uppemot 900 patienter vårdas samtidigt enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) eftersom vårdtiderna blivit betydligt längre till följd av ökade krav på samhällsskydd från statsmakternas sida. Förutom vårdplatser för rättspsykiatrisk vård och annan tvångsvård behövs ett visst antal platser för frivilligt hjälpsökande människor i kris, för dem med suicidbenägenhet, för patienter med psykosgenombrott och för vissa utredningar. Dessutom finns ett begränsat behov av särskilda heldygnsplatser på behandlingshem för vissa unga psykotiker och för vissa patienter i behov av långvariga behandlingsinsatser. En del av dessa platser kan säkert drivas såsom enskilda vårdhem. Uppskattningsvis 4 500-5 000 vårdplatser behövs inom barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och allmän psykiatri år 2010.

En bättre psykosvård, ett aktivt och tidigt omhändertagande av psykoser och mindre risk för hospitalsskador gör att andelen som behöver långvarigt tas om hand i heldygnsvård kommer att minska då den nuvarande kronikergruppen dött ut. Mellan 10 000 och 20 000 långvarigt psykiskt störda med funktionshinder kommer dock att finnas ute i samhället och behöva sysselsättning, dagverksamhet och viss omvårdnad. En del av dem, i synnerhet de som både missbrukar och är psykiskt störda, behöver ett särskilt boende och därmed också kommunal hälso- och sjukvård. Det finns en risk att denna grupp växer i synnerhet om samhällsutvecklingen fortsätter i negativ riktning. Redan i dag finns det dels hemlösa, dels missbrukare med svår psykisk störning som inte vårdas inom psykiatrin och därför inte finns med i den tidigare kalkylen. Detta gör att behovet av platser i kommunernas särskilda boendeformer inkluderande gruppbostäder måste beräknas till 3 000-4 000.

Dessa uppskattningar talar för ett behov av 20-35 procent färre vårdplatser om 15 år. Man får då hålla i minnet att vid 1994 års inventering vårdades en fjärdedel på enskilda vårdhem eller i familjevård, således i de genomsnittligt billigaste vårdformerna. Dessa patienter torde inte behöva heldygnsvård i framtiden, vilket gör att det blir de dyrare vårdplatserna som behövs år 2010. När det gäller resurser blir därför den möjliga reduceringen mindre.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer förutom sådan hälso- och sjukvård som läkare svarar för. Det är därför viktigt för kommunerna att det finns tillgång till psykiatrer som kan stödja kommunens personal när det gäller de långvarigt sjuka. Sjukvårdshuvudmannen har det direkta ansvaret för psykiatrisk behandling även för dem som bor i särskilda boendeformer och kommer sannolikt också att få bära kostnaden för

neuroleptikabehandling i öppen vård. Om de långvarigt psykiskt störda som under många år behöver neuroleptikabehandling skall kunna klara sig med minsta möjliga sjukvårdsinsats, får inte patienterna själva belastas med behandlingskostnaderna. Det gäller människor som inte alltid är motiverade för den behövliga behandlingen och där ett avbrott i behandlingen kan leda till behov av långvarig och dyrbar psykiatrisk heldygnsvård.

Även i övrigt behöver samverkan mellan kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård å ena sidan och psykiatrin å den andra utvecklas. Man kan ha gemensamma mobila team för stöd till psykiskt störda på jourtid, det behövs gemensamma bedömningar och behandlingsplaneringar och man skall arbeta tillsammans med rehabiliteringsfrågor, ett samarbete som också bör omfatta försäkringskassa och arbetsförmedling.

Ett förtroendefullt samarbete mellan kommunens hälso- och sjukvård och landstingets psykiatriska vård kan ge många av de långvarigt schizofrena en dräglig tillvaro i egna bostäder med socialt och psykiatriskt stöd. Resursåtgången för kommuner och landsting för denna i dag resurskrävande grupp bör därför kunna minskas rätt ordentligt.

År 2010 bör tidig intervention och aktiva insatser i öppen vård vara regel vid behandling av nyinsjuknade i schizofreni och liknande psykoser. Eftersom man vet att de första fem åren är särskilt betydelsefulla då det gäller att tidigt bryta tendenser till återfall görs särskilt stora ansträngningar att upprätthålla kontinuitet och lättillgänglighet under den perioden. Den psykiatriska sektorsorganisationen har år 2010 kvar sitt ansvar för psykosbehandlingen på basplanet. Specialiserade behandlingsformer som symtombemästrande och personlighetspåverkande psykoterapier (det senare för att minska den psykologiska sårbarheten), uttryckande och kreativa terapier bjuds på nivåer som innebär gemensamma resurser för flera sektorer, möjligen gemensamt för ett landsting. Härigenom kan högre professionell kompetens erbjudas liksom nya grupper kan tillskapas för särskilda behandlingsbehov. En sådan aktiv psykosbehandling är ganska resurskrävande men ger förhoppningsvis på sikt vinster såväl i livskvalitet för patienterna som i ett lägre utnyttjande av psykiatrisk heldygnsvård.

Invandrarnas speciella problem belyses i ett särskilt avsnitt och uppmärksamheten riktas mot andragenerationens invandrare och de sociala förhållanden som kan skapa psykiska besvär hos dem. Det är angeläget att utveckla centra med kunskap i minoriteternas kulturer. Sådana centra kan utgöra basen för nätverk som förmedlar kunskap i dessa frågor till den lokala psykiatrin. Vissa tolkar bör utbildas i psykiatriska frågeställningar för att aktivt kunna medverka i behandlingsarbetet. All sjukvårdspersonal bör få bättre invandrarkunskap i sin

grundutbildning. De erfarenheter och kunskaper personal från minoritetsgrupper har om sin kultur bör kunna tas till vara genom att de får lämplig vidareutbildning.

Det finns risk för att alkoholkonsumtionen ökar i det svenska samhället i framtiden. Det är klarlagt att psykiskt sjuka patienter framför allt schizofrena patienter, patienter med andra psykoser och med svåra personlighetsstörningar har en ökad risk att utveckla alkohol- och narkotikaberoende. Detta kräver en anpassning av psykiatrin med en annan behandlingsuppläggning med samtidig behandling av psykos och missbruk.

Beroendepsykiatrin behöver utvecklas som en del av allmänpsykiatrin i framtiden. I de större städerna kan det vara rimligt med särskilda beroendepsykiatriska behandlingsenheter men i stora delar av landet måste viss kompetens på detta område finnas i den lokala psykiatriska organisationen. Allmänpsykiatrin måste också ta sitt ansvar för de patienter som har både psykiska störningar och missbruksproblem. Beroendepsykiatrin bör hjälpa till med konsultstöd och ha möjlighet att ta över behandlingen av komplicerade fall.

Vården av missbrukare är i grunden en uppgift för socialtjänsten. Många av de patienter, som har både psykiska störningar och missbruk, är långvarigt störda och kan behöva ett särskilt boende med kommunal hälso- och sjukvård. Socialtjänsten behöver tillgång till psykiatriskt kunnig personal på rådgivningsbyråer, i bedömning och behandlingsplanering. Tillnyktring och avgiftning bör lösas lokalt i samarbete med sjukvården, där olika modeller kan prövas.

Sekundärprevention av högkonsumtion av alkohol är en billig och effektiv metod som självklart måste utnyttjas. Den bör kunna användas av primärvårdens läkare.

En person som gör sig skyldig till ett brott för vilket påföljden kan bli fängelse och som lider av en allvarlig psykisk störning blir vanligen efter rättspsykiatrisk undersökning av domstolen överlämnad till rättspsykiatrisk vård enligt en tvångsvårdslag som kallas LRV. Varje år överlämnas 200-250 personer till sådan vård. Eftersom samhällsskyddet kommit att tillmätas en allt större betydelse blir vårdtiderna längre och man kan förvänta sig att antalet inneliggande LRV-vårdade ökar.

Som redan nämnts beräknas behovet av vårdplatser för LRV-vård till 900. LRV-vården gäller inte endast de till vård dömda utan även anhållna, häktade och i kriminalvården intagna som behöver psykiatrisk heldygnsvård. Många av LRV- patienterna är rymningsbenägna, missbruk är vanligt och förutom psykotiska symtom har dessa patienter vanligen allvarliga personlighetsstörningar, som komplicerar behandlingen. Särskilda behandlingsinsatser behövs, samhällsskyddet kräver speciella arrangemang såväl när det gäller lokaler som personal. I en

förändrad och decentraliserad slutenvårdsorganisation blir det allt svårare att vårda de till LRV-vård med särskild utskrivningsprövning dömda patienterna. Allt detta gör att denna patientgrupp i förhållande till sitt antal blir ganska resurskrävande. I framtiden kommer det sannolikt att finnas särskilda regionsjukvårdsplatser för detta klientel i större omfattning än i dag, nämligen ca 500 vårdplatser i stället för dagens 370. En sådan vårdplats beräknas kosta omkring 1,2 miljoner kronor per år i dagens penningvärde.

År 2010 bör avtal föreligga mellan Kriminalvårdsstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen så att rätten till psykiatrisk öppen och sluten vård i full utsträckning gäller även för dem som är intagna i kriminalvård. De rättspsykiatriska regionvårdsenheterna bör utgöra kunskapscentra för de konsultinsatser som behövs. Eftersom kriminalvårdsanstalterna är spridda över landet måste också den lokala psykiatrin svara för vissa konsultfunktioner med stöd från regionala rättspsykiatriska centra.

Det växer fram ett behov av psykologiska stödinsatser i olika sammanhang ute i samhället. Det handlar om krisbearbetning men även om stöd åt människor i svåra livssituationer eller andra former av svår stress. Många invandrare känner sig vilsna i samhället och söker i brist på annat råd inom hälso- och sjukvården. Det är inte självklart att all denna problematik skall skötas inom en psykiatrisk vårdorganisation. Primärvården i sin nuvarande utformning är inte heller beredd att hantera dessa frågor. När det gäller samlevnadsproblem har samhället länge ställt upp med familjerådgivning och ungdomsmottagningar. I dessa verksamheter finns inslag av psykologiska stödinsatser. Verksamheter av liknande slag med psykologisk och social kompetens i samarbete kan behövas på det lokala planet. En sådan verksamhet i gränsområdet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan bli en framtida lösning.

För att detta mycket omfattande arbete skall kunna genomföras på ett kvalitativt bra sätt fordras inte utbildning i psykoterapi på specialistnivå. Däremot är tillgång på kvalificerad psykologisk och psykoterapeutisk kompetens i organisationen en förutsättning för kvalitet i arbetat.

Utvecklingen inom klinisk psykofarmakologi fortsätter under den kommande 15-årsperioden i minst samma takt som under föregående decennier. Genom att äldre indikationer kvarstår och nya tillkommer är det sannolikt att resursbehovet för farmakologisk behandling ökar. Försäljningen av antidepressiva läkemedel har ökat kraftigt i synnerhet de senaste åren. En orsak är tillkomsten av antidepressiva med en mer selektiv verkan, s.k. selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI-preparat. Kostnaderna har ökat ännu snabbare eftersom de nya läkemedlen är dyrare än de äldre. Förutom vid depressioner är fobier

och panikångest andra områden där dokumentation för terapeutiska effekter föreligger. Nya indikationer kan bli social fobi och dystymi.

En fråga gäller vilken dosering av neuroleptika som skall användas i olika faser av psykotisk sjukdom. Utvecklingen av depåinjektionspreparat kommer säkert att fortsätta. Framförallt eftersträvas färre biverkningar genom en noggrannare doseringskontroll och även en sänkning av doseringen förefaller vara möjlig.

Många psykoterapeuter arbetar i den psykiatriska vårdorganisationen i olika funktioner, flera i ledande positioner. Detta har säkert bidragit till den utveckling som skett inom psykiatrin mot en mer psykodynamisk och psykosocial inriktning.

Förändringarna i framtiden på psykoterapins område blir ändå betydande. År 2010 har kunskaperna inom befintliga system breddats och fördjupats. Forskningen har gett bättre svar på den centrala frågan om vilken typ av patient som bör erbjudas vilken typ av terapi. Det har fått direkta konsekvenser både för kostnadseffektiviteten och för patienttillfredsställelsen. Specialiserade och korttidsinriktade behandlingsformer ökar.

Inom en framtida allmänpsykiatri kommer den kvalificerade psykoterapin att ha en given plats för vissa patiengrupper. Även inom barn- och ungdomspsykiatrin och i den rättspsykiatriska vården finns ett stort behov av psykoterapeutisk behandling vilket kräver sina resurser.

En fråga för framtiden är om en del av den psykoterapeutiska verksamheten i viss utsträckning skall organiseras i en egen organisation utanför hälso- och sjukvården som redan ovan har diskuterats. Kvar står problemet med ersättningen för behandlingen. I vårt samhälle har behandling som räknas till hälso- och sjukvård betalats av det allmänna medan det inte är lika självklart när det gäller personligt stöd och rådgivning.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin tycker man sig ha märkt en ökad efterfrågan på utredningar och behandlingar i samband med att samhällets ekonomi försämrats och arbetslösheten ökat. Det är möjligt att situationen år 2010 inte har förbättrats och att barn- och ungdomspsykiatrin behöver ökade resurser. Gränsdragningen mellan socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatrins ansvar är ofta oklar. Socialtjänsten och skolan anser sig inte alltid få det stöd och den hjälp man önskar från barn- och ungdomspsykiatrin. De framtida resursbehoven för barn- och ungdomspsykiatrin beror i stor utsträckning på hur avgränsningen görs mot socialtjänstens insatser för barn- och ungdomsvård. En parlamentarisk kommitté överväger bl.a. denna fråga men även andra frågor om samhällets insatser för psykiskt störda barn och ungdomar.

Tidigare var åldersdemens en vanlig orsak till psykiatrisk vård men numera sker ofta utredningarna av demenspatienter inom geriatriken och den fortsatta vården inom kommunens hälso- och sjukvård. I dag är det depressioner och ångesttillstånd som är vanliga hos de äldre patienterna inom psykiatrin men också psykotiska tillstånd av olika slag. År 2010 kommer antalet människor över 65 år att vara flera och dessutom äldre än i dag. Samtidigt kan man räkna med att de är aktivare och rörligare samt ställer högre krav. Större resurser än i dag behöver därför avsättas för psykiatrisk vård och behandling av pensionärer.

RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) har utecklats till ett kraftfullt språkrör för patienter med psykisk störning och bl.a. medverkat i Psykiatriutredningen och arbetat för den psykiatrireform som nu håller på att genomföras. Från RSMH:s sida önskar man dock ytterligare stärka patientinflytandet. Den av en enig riksdag den 2 juni 1994 beslutade psykiatrireformen innebär förhoppningsvis ett uppbrott från en paternalistisk syn på psykiatrins patienter där man betraktats mer som ett objekt och en diagnos än som subjekt och individ med en egen historia och ett eget liv. Reformen innebär, förutom en del betydelsefulla klarlägganden beträffande ansvarsfördelningen för framtida vård samt stöd och service för psykiskt funktionshindrade, också ett klart maktförskjutningsperspektiv. Makt och inflytande över det egna livet och över behandlingen går i större utsträckning över från psykiatrins ledning till den enskilda individen.

År 2010 bör det i varje län finnas en organisation för personliga ombud för länets kommuner. Personliga ombud skall ha ett samordningsansvar för vård, stöd och service till människor med långvariga och allvarlig psykiska störningar. De personliga ombuden kan lämpligen vara anställda t.ex. av en stiftelse bestående av klientorganisationen RSMH och anhörigorganisationen Riks-IFS. I varje kommun bör det finnas brukarstyrda dagcentraler som erbjuder daglig verksamhet för människor med psykiska funktionshinder. Dessa kamratstödjande verksamheter bygger på självhjälpsgrupper. För att ge de psykiskt långtidssjuka möjlighet till sysselsättning är det lämpligt att kommunerna stöder utvecklingen av olika arbetskooperativ för psykiskt funktionshindrade.

Genom forskning kring de långvarigt schizofrena uppmärksammades föräldrarnas och de närståendes roll för att den sjuke skall klara sig utan återfall. Detta ledde till ett intresse från vårdens sida att undervisa de anhöriga om sjukdomen och dess förlopp samt även lära ut lämpliga förhållningssätt. De anhöriga har organiserat sig i Riks-IFS (Riksförbundet av intresseföreningarna för schizofreni) och aktivt verkat för bättre kontakter med psykiatrin. År 2010 måste även den kommunala vården av psykiskt långtidssjuka inkluderas i detta samarbete. Den

specialiserade psykiatrin bör åta sig att fortsätta och utöka anhörigundervisningen och det psykologiska stödet till de anhöriga.

Den psykiatriska vårdorganisationen har under åren växlat mellan en mer specialiserad och centraliserad respektive en decentraliserad, lokal allmänpsykiatrisk verksamhet. Den s.k. sektorsorganisation som i dag finns arbetar med öppenvårdsmottagningar i vanliga bostadsområden i ett stort antal av landets kommuner. Psykiatrins personal gör också i ökad utsträckning hembesök. Den psykiatriska jourverksamheten har byggts ut i form av mobila team tillgängliga dygnet runt. I vissa landsting har man organiserat psykiatrins öppenvård på kommunal nivå, i en självständig organisation eller som en del av primärvården, och samlat den slutna vården på ett eller ett par sjukhus i en fristående organisation.

I mer än hälften av landets kommuner är invånarantalet under 20 000. Många av de större kommunerna delas upp i kommundelar eller socialdistrikt, som är lika små. Sektorn behöver en viss storlek för att kunna utveckla olika kompetenser men samtidigt får den inte bli för stor så att vårdgrannarna blir för många.

En kommunal sektorspsykiatri är mindre lämplig eftersom majoriteten av kommunerna är för små för en komplett och kompetent psykiatrisk sektorsorganisation.

Ett tänkbart scenario för år 2010 är att det regionalt finns specialiserad och avancerad sluten vård med hög personaltäthet för viss akut sluten vård. För särskilda problemområden såsom avancerad psykoterapi vid schizofreni, specialkunskap om invandrare och andra kulturer, behandling av ätstörningar o.s.v. kan det regionalt inrättas olika kunskapscentra. Sektorn kan lokalt svara för den vardagliga specialistpsykiatrin med konsultstöd från regionala specialister. De långvarigt störda patienter som kommunen ansvarar för behöver också insatser från psykiatrer och psykologer verksamma i den psykiatriska vårdorganisationen om inte kommunen håller sig med egna psykiatrer och psykologer.

För att bedöma vårdens kvalitet och effektivitet behövs uppföljning. I dag är i allmänhet kunskaperna om vad den psykiatriska vården åstadkommer med sina resurser mycket begränsade när det gäller data, som belyser vårdens kvalitet och produktivitet samt när det gäller effekten av insatta behandlingar. I framtiden kommer ett datoriserat uppföljningssytem att möjliggöra en bedömning av hur resurserna används. Man kommer att kunna följa verksamheter och avgöra vilka som är mest kostnadseffektiva och bedöma om uppställda mål uppnås.

Primärvård och psykiatri samt socialtjänst och psykiatri är kommunicerande system. Befolkningen efterfrågar hjälp och behandling när psykiska problem föreligger. Om en del av systemet sviktar belastas en annan del. Därför är det nödvändigt att dessa verksamheter förbättrar

och effektiviserar sitt samarbete. Endast i en nära och förtroendefull samverkan kan avgränsning av olika ansvarsområden göras på ett sådant sätt att inte den enskilde lämnas utan behövligt stöd.

En angelägen funktion för primärvården är att uppmärksamma psykiska problem. Detta gäller inte minst tidig upptäckt av psykotiska tillstånd hos unga, att arbeta med sekundärprevention av högkonsumtion av alkohol och behandling av alkoholberoende samt att känna igen och kunna behandla depressioner i synnerhet hos äldre.

En väl fungerande primärvård kan sköta många psykiatriska problem men den behöver återkommande utbildning, handledning och psykiatriskt konsultstöd. Om resurserna för den psykiatriska organisationen bli för små ställs ökade krav på primärvården från människor med psykiska problem.

Eftersom kommunen får ansvaret för de psykiskt långtidssjukas boende och hälso- och sjukvård behövs psykiatriska konsultinsatser så att de sjukas tillstånd inte försämras, vilket kan leda till återintagning på sjukhus. En nära samverkan bör komma till stånd eftersom såväl kommunen som psykiatrin har ett intresse av att patienterna kan få sitt stöd i det särskilda boendet.

År 2010 bör det finnas god tillgång på legitimerade psykoterapeuter under förutsättning att resurser avsätts för psykoterapi så att de får möjlighet att utöva sitt yrke. En del av psykoterapeutkåren bör naturligtvis även i framtiden arbeta i den offentliga psykiatrin.

Behovet av psykiatrer kommer däremot inte att vara tillfredsställt eftersom de olika konsultinsatserna, stödet till den kommunala psykiatriska vården och den omfattande öppna psykiatriska verksamheten kräver god tillgång till psykiatrer. Redan 1958 ansåg en statlig kommitté (Mentalsjukvårdsdelegationen, SOU 1958:38) att det behövdes 330 helårstjänster för psykiatrer för att tillgodose behovet av psykiatriska konsulter i olika verksamheter utanför den egentliga psykiatriska vården och att behovet av psykiatrer var 1900. Sedan dess har andelen psykiatrer i läkarkåren minskat. Nu behövs särskilda satsningar i rekryteringsbefrämjande syfte under de kommande åren för att tillgodose behovet av psykiatriska specialister. Förhoppningsvis skall Mentalsjukvårdsdelegationens behovsberäkningar kunna infrias 50 år efter att de gjordes.

Denna översikt visar att det skulle behövas en ökning av de samlade resurserna för psykiatrin och den kommunala hälso- och sjukvården för de psykiskt störda i relation till dagens förhållande. I det följande har dock i enlighet med direktiven redovisats en omfördelning av resurserna inom de nuvarande ramarna.

Rapportens slutsatser om resursbehov för psykiatrin år 2010 redovisas i det sista avsnittet; *Resursbehov för olika problemområden*. Redovisningen görs efter uppdelning på olika problemområden enligt

den modell som angavs i den tidigare rapporten Psykiatrin 1994 – en kort beskrivning av psykiatrins resursanvädning 1991-1994 (före Psykiatrireformen).

Inledning

Enligt direktiven till utredningen måste hälso- och sjukvården räkna med oförändrade resurser trots att ett ökat antal äldre sannolikt kräver mer sjukvård. När det gäller psykiatrin är det inte bara den relativa ökningen av äldre utan även andra faktorer som i framtiden kommer att påverka resursbehoven.

Redan i dag uppger man från barn- och ungdomspsykiatriskt håll att vårdbehoven ökar eftersom barn och ungdom utsätts för påfrestningar i ett samhälle där samtidigt stödet till denna grupp minskar. Det har skett en nedrustning av elevvården i skolan genom indragning av skolpsykolog- och skolkuratorstjänster. Även i övrigt har skolan förändrats i riktning mot större klasser och mindre stöd till svaga och utsatta elever.

De sociala problemen bland yngre och medelålders tycks också öka. Arbetslösheten förväntas vara fortsatt hög. Samhällsekonomin kräver besparingar på olika områden som träffar svaga och utsatta grupper, vilket leder till ökat behov av socialbidrag. Från olika studier vet man att områden med hög andel socialbidragstagare också har många människor med psykiatriska vårdbehov.

En undersökning som Psykiatriutredningen gjorde 1991 av personer som fick förtidspension eller sjukbidrag visade att de som hade psykiatrisk första diagnos utgjorde 15 procent av de nybeviljade ärendena. En fjärdedel av dessa hade psykosdiagnos medan majoriteten således hade andra psykiatriska diagnoser. De psykiskt sjuka får sina förtidspensioner tidigare än flertalet andra grupper. Av alla dem som hade förtidspension och var under 45 år utgjorde de med psykiatrisk diagnos 45 procent. Andelen förtidspensionärer med psykiatrisk diagnos var störst i storstäderna. Socialförsäkringens kostnader för psykiskt störda beräknades till 12 miljarder kronor, vilket var mer än sjukvårdens kostnader för denna grupp.

Även om invandringen minskar genom en striktare invandringspolitik har Sverige en rätt stor andel invandrare från olika utomeuropeiska länder med främmande kulturell bakgrund. I denna grupp är arbetslösheten högre än i den övriga befolkningen, vilket redan i dag ger sociala problem. I framtiden kan dessa problem komma att accentueras. Många av dem som kommit till vårt land som flyktingar

har utsatts för allvarliga traumatiska upplevelser och ofta utvecklat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Invandrarna kommer till följd av dessa speciella förhållandena att ställa särskilda krav på hälso- och sjukvården och psykiatrin.

En faktor som oroar är den ökade tillgängligheten till alkohol som kan förväntas i och med Sveriges inträde i EU. Missbruk av alkohol och narkotika ger såväl somatiska som psykiska störningar och ställer därmed krav på insatser från hälso- och sjukvården. Även om socialtjänsten och primärvården skulle ta ett ökat ansvar för vården av missbrukare behövs stora psykiatriska resurser på detta område i synnerhet som man kan befara att missbruket ökar bland de redan psykiskt sjuka.

Även om huvuddelen av psykiatrins patienter är yngre eller i medelåldern så utgör de äldre en stor grupp. Befolkningsprognoserna tyder på att antalet äldre och i synnerhet de allra äldsta kommer att öka. I framtiden kommer äldre människor sannolikt att ställa större krav på att få sina vårdbehov tillfredsställda och att få hjälp för sina psykiska besvär.

Psykiatrin har under senare år fått kraftigt neddragna resurser. Sjukvårdshuvudmännens kostnader för psykiatrisk vård anges för år 1992 till 11,6 miljarder kr., varav 2,1 miljarder kr. för öppen vård, och för år 1993 till 10,3 miljarder kr. (varav för öppen vård 2,7 miljarder kr.) År 1993 utgör psykiatrins kostnader 11 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård.

De närmaste åren kommer ytterligare reducering att ske av psykiatrins resurser genom att ansvaret för många av de psykiskt långvarigt störda förs över till kommunerna. Men om ytterligare neddragningar görs för den specialiserade psykiatriska vården leder det till att människor med psykiska problem, missbrukare och psykiskt sjuka i stället får söka sig till andra delar av hälso- och sjukvården eller till socialtjänsten.

Som framgår av det ovanstående skulle det behövas en ökning av de samlade resurserna för psykiatrin och den kommunala hälso- och sjukvården för de psykiskt störda i relation till dagens förhållande. I det följande har dock i enlighet med direktiven redovisats en omfördelning av resurserna inom de nuvarande ramarna.

Aktuella utvecklingslinjer

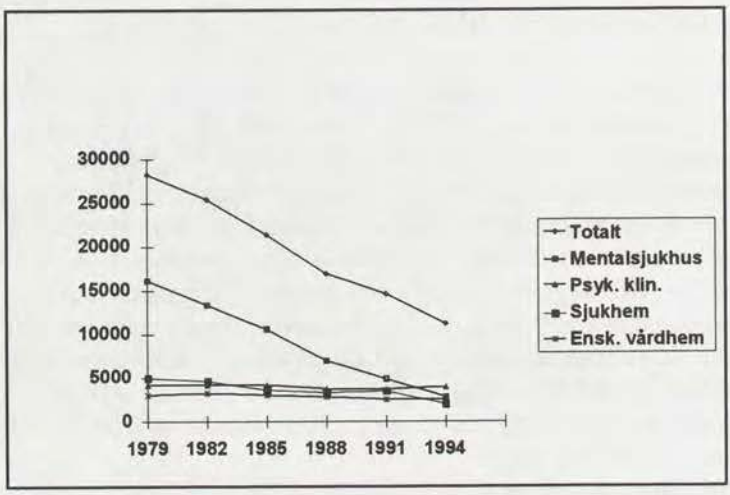
Från mentalsjukhus till kommunal omvårdnad

Under de gångna 15 åren har det skett en snabb avveckling av den slutna psykiatriska vården och de tidigare mentalsjukhusen är nu nästan helt avskaffade. Samtidigt har den öppna vården byggts ut och den kvarvarande slutna vården decentraliserats. Detta sammanhänger med den s.k. sektoriseringen av den psykiatriska vården. Verksamheten har organiserats i sektorskliniker med ansvar för både öppen och sluten vård inom ett geografiskt avgränsat område. Sektorerna omfattar mellan 30 000 och 150 000 invånare. I sektorsklinikerna ingår vanligen förutom korttidsvårdsplatser – ofta på ett somatiskt sjukhus, långtidsvårdsplatser och behandlingshem samt flera mottagningar utspridda i sektorns område. Det finns idag ca 120 psykiatriska sektorer och omkring 400 mottagningar.

Därtill finns det ett antal specialiserade kliniker och mottagningar som är fristående från sektorsklinikerna. På flera håll finns t.ex. en särskild vårdorganisation för missbrukare. För de av domstol till rättspsykiatrisk vård överlämnade patienterna finns ett mindre antal rättspsykiatriska regionvårdskliniker, som är speciellt inriktade på omgivningsskyddet och behandlingen av detta svåra klientel.

Som framgår av figur 1 vårdas alltjämt många patienter i enskilda vårdhem. Vissa av vårdhemmen har aktiva behandlingsprogram men på många av de enskilda vårdhemmen svarar man främst för omvårdnad av en grupp äldre, långvarigt sjuka, som saknar egen bostad.

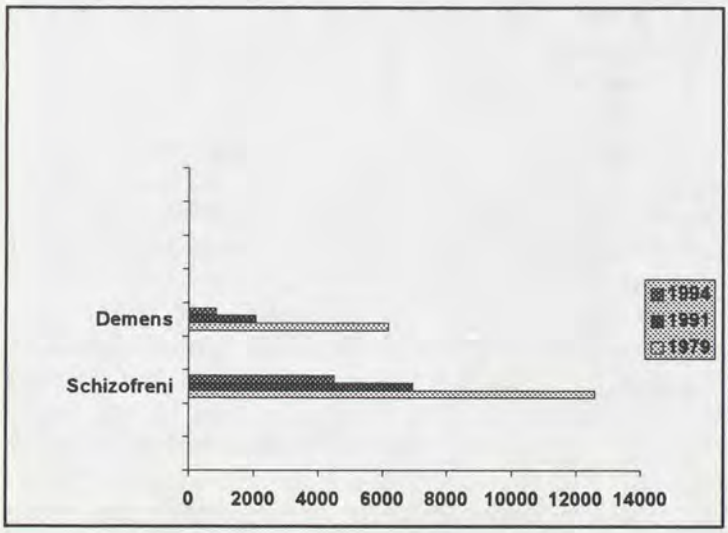
Antal inneliggande patienter vid inventeringar 1979 – 1994



Figur 1

Figur 2 visar på två stora grupper av psykiskt sjuka för vilka vården förändrats under senare år. Huvuddelen av patienterna med åldersdemenser överfördes först till somatisk långtidsvård och senare till kommunal omvårdnad i samband med Ädelreformen. Schizofrenigruppen har alltid utgjort en stor andel av patienterna i sluten psykiatrisk vård. På senare år har vårdtiderna förkortats och en del av de långvarigt schizofrena har beretts möjlighet att bo utanför sjukhus. Det minskade antalet schizofrena i sluten vård är huvudförklaringen till att vårdplatser kunnat avvecklas. Men vid inventeringen 1994 utgör alltjämt patienter med schizofrenidiagnos 40 procent. Vid samma inventering hade 45 procent av de inneliggande patienterna vårdtider över ett år.

Antal patienter med demens och schizofreni vid inventeringarna 1979, 1991 och 1994



Figur 2

Kommer då denna vårdplatsreducering att fortsätta? Ja, sannolikt minskar platsbehovet inom den specialiserade psykiatrin men i stället tillkommer behov av nya omvårdnadsformer i kommunerna. PsykÄdel genomförs som en följd av den psykiatrireform som trädde i kraft den 1 januari 1995. De patienter som anges vara medicinskt färdigbehandlade skall av kommunen beredas nya boendeformer. Patienter på sjukhem och enskilda vårdhem kommer att överföras till kommunalt ansvar. På vissa håll förs alla psykiatriska långvårdspatienter till kommunen, som tar ansvar för att de psykiskt långvarigt sjuka får lämpliga boendeformer, behövlig omvårdnad och stöd. På sikt kommer patienter med långa vårdtider att vara sällsynta i den specialiserade psykiatriska vården.

År 2010 sköter den specialiserade psykiatrin endast ett begränsat antal patienter i sluten korttidsvård. Det gäller i första hand tvångsvård. Den har sannolikt minskat ytterligare i omfattning men handlar ändå om 500-700 patienter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Däremot kan det tänkas att uppemot 900 patienter vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) eftersom vårdtiderna blivit betydligt längre till följd av ökade krav på samhällsskydd från statsmakternas sida. Förutom vårdplatser för rättspsykiatrisk vård och annan tvångsvård behövs ett visst antal platser för frivilligt hjälpsökande människor i kris, för dem med suicidbenägenhet, för patienter med psykos-

genombrott och för vissa utredningar. Dessutom finns ett begränsat behov av särskilda heldygnsplatser på behandlingshem för vissa unga psykotiker och för vissa patienter i behov av långvariga behandlingsinsatser. En del av dessa platser kan säkert drivas såsom enskilda vårdhem. Uppskattningsvis 4 500-5 000 vårdplatser behövs inom barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och allmän psykiatri år 2010.

En bättre psykosvård, ett aktivt och tidigt omhändertagande av psykoser och mindre risk för hospitalsskador gör att andelen som behöver långvarigt tas om hand i heldygnsvård kommer att minska då den nuvarande kronikergruppen dött ut. Mellan 10 000 och 20 000 långvarigt psykiskt störda med funktionshinder kommer dock att finnas ute i samhället och behöva sysselsättning, dagverksamhet och viss omvårdnad. En del av dem, i synnerhet de som både missbrukar och är psykiskt störda, behöver ett särskilt boende och därmed också kommunal hälso- och sjukvård. Det finns en risk att denna grupp växer i synnerhet om samhällsutvecklingen fortsätter i negativ riktning. Redan i dag finns det dels hemlösa, dels missbrukare med svår psykisk störning som inte vårdas inom psykiatrin och därför inte finns med i den tidigare kalkylen. Detta gör att behovet av platser i kommunernas särskilda boendeformer inkluderande gruppbostäder måste beräknas till 3 000-4 000.

Dessa uppskattningar talar för ett behov av 20-35 procent färre platser om 15 år. Man får då hålla i minnet att vid 1994 års inventering vårdades en fjärdedel av patienterna på enskilda vårdhem eller i familjevård, således i de genomsnittligt billigaste vårdformerna. Denna grupp patienter torde inte behöva heldygnsvård i framtiden, vilket gör att det blir de dyrare vårdplatserna som behövs år 2010. När det gäller resurser blir därför den möjliga reduceringen mindre.

Kommunens krav på psykiatrin är att den skall vara tillgänglig och att kommunens personal får stöd och handledning från den specialiserade psykiatrin i sitt arbete med de psykiatriska patienterna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer förutom sådan hälso- och sjukvård som läkare svarar för. Landstingets psykiatrer skall naturligtvis svara för behandlingen av de långtidssjuka som bor i särskilda boendeformer i likhet med vad som gäller för andra patienter i öppen vård. För att möjliggöra detta krävs att det finns en god tillgång på psykiatrer som kan stödja kommunerna i deras hälso- och sjukvård av de psykiskt långtidssjuka.

Mobila team med personal från såväl socialtjänsten som psykiatrin kan utgöra ett bra stöd. En väl utvecklad samverkan och en gemensam, individuell vårdplanering kan troligen ytterligare minska behovet av platser för heldygnsvård.

För gruppen psykiskt långtidssjuka bör lokala rehabiliteringsgrupper där försäkringskassa och arbetsförmedling ingår tillskapas i varje kommun. När det gäller rehabiliteringsverksamheten så saknas inte resurser, men resurserna är splittrade och behöver samordnas.

Stöd åt de långvarigt schizofrena

Bland de psykiska sjukdomarna har schizofreni en central plats. Det handlar om psykotiska tillstånd av ofta lång varaktighet, som kräver stora vård- och behandlingsinsatser.

Schizofreni debuterar vanligen mellan 15 och 30 års ålder. I många fall är sjukdomen långvarig och lämnar kvarstående psykiska funktionshinder. Tidigare var det vanligt att patienter med schizofreni vårdades många år, kanske tiotals år, på mentalsjukhus. Den långvariga vården har för många av dessa människor givit bestående psykiska skador som en effekt av institutionsvistelsen. Under de senaste decennierna har många av dessa långvarigt schizofrena skrivits ut till ett boende i samhället. Eftersom flertalet av dem har sjukbidrag eller förtidspension och saknar sysselsättningsmöjligheter lever de ett passivt liv utan stimulans. Detta bidrar till återfall och upprepade mer eller mindre långvariga vårdtillfällen.

Risken att insjukna i schizofreni är ungefär 1 procent, lika för män och kvinnor. Prevalensen varierar mellan 0,2 och 0,5 promille, vilket innebär att det i dag finns omkring 30 000 människor med schizofreni i Sverige. Många av dem vårdas långvarigt i sluten psykiatrisk vård och de som inte vårdas i sluten vård har behov av stora hjälpinsatser i öppen vård, vilket gör att denna patientgrupp använder en avsevärd del av psykiatrins samlade resurser.

Av figur 2 framgår att antalet inneliggande patienter i psykiatrisk vård med diagnosen schizofreni minskat kraftigt under de senaste femton åren. Den relativa andelen har varit ganska oförändrad. År 1994 har alltjämt 40 procent av dem som vårdas på psykiatriska institutioner schizofrenidiagnos. Nästan hälften av dem vårdas på enskilda vårdhem eller offentliga sjukhem samt i familjevård med ofta mycket lång vårdtid.

En stor andel av de långvarigt vårdade schizofrena kommer under de närmaste åren att föras över till kommunal omvårdnad i olika boendeformer. Många av dem kommer att behöva kommunal hälso- och sjukvård. Denna överföring gör att resurser också förs över från landstingen till kommunerna i enlighet med psykiatrireformen.

Erfarenheten från de senaste åren talar för att många långvarigt schizofrena i framtiden skall kunna klara sig i eget boende med stöd

från hemtjänsten med den behandling och de rehabiliterande insatser som psykiatrin kan svara för. Eftersom många av de långvarigt psykiskt störda har svårt att återvända till den vanliga arbetsmarknaden behövs det skyddade arbetsplatser och dagverksamheter med sysselsättningsmöjligheter. Då kommunen får ett ökat ansvar för de psykiskt långtidsstörda kommer det att framstå som ekonomiskt lönsamt att ordna arbetskooperativ och dagverksamheter, ofta i samarbete med brukarna, så att de långvarigt störda inte passiviseras.

År 2010 kommer man att märka stora skillnader i den sk kronikergruppen av psykospatienter. Dels är de färre, dels är deras funktionsförmåga inte lika störd. Det är ett fåtal som är gravt handikappade. En del har vissa störningar i form av hallucinos eller kontaktstörningar. Genom att patienterna har ett bättre socialt stöd är behovet av farmakologisk behandling mindre. De som måste stå på psykofarmaka har medel med färre biverkningar. Nya psykofarmaka med mindre risk för biverkningar är dock dyrare än de som används i dag. Många av de långtidssjuka har låga pensioner, vilket gör att samhället måste subventionera deras läkemedelskostnader.

Sjukvårdshuvudmannen har det fortsatta ansvaret för psykiatrisk behandling i öppen vård även för dem som bor i särskilda boendeformer och där kommunen har den direkta omvårdnadsuppgiften. I en framtid får sjukvårdshuvudmannen troligen också bära kostnaden för neuroleptikabehandlingen även i öppen vård. Om denna grupp av långvarigt störda människor som under många år behöver neuroleptikabehandling skall kunna klara sig med minsta möjliga sjukvårdsinsats får inte patienterna själva belastas med behandlingskostnaderna. Det gäller människor som inte alltid är motiverade för den nödvändiga behandlingen och där ett avbrott i behandlingen kan leda till ett behov av långvarig och dyrbar psykiatrisk heldygnsvård.

År 2010 kommer en process av både kunskapsöverföring från psykiatrin och självständig metodutveckling inom socialtjänsten att ha nått en mognad. Personal med utbildning i psykiatri kommer att ha en ny huvudman men en ny professionell identitet kommer också att utvecklas hos socialtjänstpersonal som arbetar med de psykiskt handikappade. En stabil trygghet fotad i kontaktmannaskap, personlig assistans enligt lagen om service och stöd till vissa funktionshindrade (LSS), en utvecklad funktion med personligt ombud, tillgänglighet och uppsökande verksamhet är grundläggande krav i dessa stödstrukturer. Typiskt för den här gruppen är ju att kriser lätt uppstår som snabbt kan föra individen tillbaka till akutpsykiatrin även när själva problemet direkt har en psykologisk eller social orsak.

Genom ett gott samarbete mellan kommunens hälso- och sjukvård och landstingets psykiatriska vård kan många av de långvarigt schizofrena få en dräglig tillvaro i egna bostäder med socialt och psykiatriskt stöd.

Den samlade resursåtgången för kommun och landsting för denna i dag resurskrävande grupp bör därför kunna minskas rätt ordentligt.

Aktiv psykosbehandling

Psykosvården är en primär angelägenhet för psykiatrin. Redan i dag används sammansatta och varierade behandlings- och stödåtgärder i öppen vård kombinerat med farmakologisk behandling i ett tidigt stadium av ett psykotiskt tillstånd. Vid insjuknandet i en psykossjukdom och i det fortsatta förloppet har patientens aktuella livssituation och relationer till familj och anhöriga en mycket viktig roll. Familjeorienterat arbete i här-och-nu situationen, ibland som regelrätt familjeterapi, och som utgår från en icke-skuldbeläggande inställning till anhöriga påverkar prognosen mycket gynnsamt. Eftersom en längre tids vistelse på psykiatrisk vårdavdelning har en anti-terapeutisk effekt kommer psykosociala insatser utanför institution att vara betydelsefulla. Psykologiskt förankrade pedagogiska metoder kommer att utvecklas. Kategorier av patienter som har svårigheter att använda sig av språket som uttrycksmedel kommer i framtiden att kunna erbjudas uttryckande terapiformer (bild-, dans- och musikterapi och kroppsorienterad behandling). Regelrätt individuell psykoterapi kommer efter noggrann bedömning att ges med kognitiv eller analytisk inriktning som en del i ett bredare utbud av behandlingsåtgärder.

Eftersom man vet att de första fem åren är särskilt betydelsefulla då det gäller att tidigt bryta tendenser till återfall görs särskilt stora ansträngningar att upprätthålla kontinuitet och lättillgänglighet under den perioden. Den psykiatriska sektorsorganisationen har år 2010 kvar sitt ansvar för psykosbehandlingen på basplanet. Specialiserade behandlingsformer som symtombemästrande och personlighetspåverkande psykoterapier (det senare för att minska den psykologiska sårbarheten), uttryckande och kreativa terapier bjuds på nivåer som innebär gemensamma resurser för flera sektorer, möjligen gemensamt för ett landsting. Härigenom kan högre professionell kompetens erbjudas liksom nya personalgrupper kan tillskapas för särskilda behandlingsbehov.

För de patienter som behöver dygnet-runt-vård finns särskilda små behandlingsenheter på 5-6 platser. Där kan de i lugn och ro återfinna sin identitet, i en psykoterapeutisk omgivning och med ett minimum av medicinering.

En andel av de patienter som tidigare kallats för schizofrena har visat sig ha smärre epileptiskt präglade hjärnskador. De kan nu behandlas med de specifika profilerade antikonvulsiva mediciner som utvecklats

sedan sekelskiftet. Speciella träningskurser erbjuds för dessa patienter för att utveckla de resurser som är intakta.

Det är tänkbart att en tidig upptäckt och aktiva behandlingsåtgärder i det inledande skedet av en psykotisk sjukdom kan leda till en snabbare förbättring och därmed minska risken för en kronisk utveckling. Många psykotiska tillstånd är av övergående art och kan med aktiva insatser hjälpas till full hälsa.Denna typ av tidig intervention gör sannolikt att behovet av heldygnsvård kan minimeras. Även om detta innebär en besparing får man å andra sidan räkna med att de omfattande insatserna i öppen vård är ganska resurskrävande. En tidig och aktiv intervention betyder troligen bättre livskvalitet för patienten och hans familj. Sammantaget innebär således detta förhållningssätt betydande vinster och i bästa fall även vissa ekonomiska vinster.

Invandrarnas särskilda behov

Invandrarna har fört in nya kulturer i vårt land, vilket på sikt kan bli berikande. Det tar tid för invandrare från främmande kulturer att anpassa sig till det svenska samhället. Ett uttryck för detta är de problem som andragenerationens invandrare uppvisar. Eftersom många invandrare har svårigheter att kommunicera kan deras symtom feltolkas, vilket kan bidra till att de hänvisas till psykiatrin. Primärvården måste här ta sitt ansvar och utveckla kunskap och kompetens.

I framtiden kan kommunala rådgivningsbyråer fylla en viktig funktion, i synnerhet om personal med beteendevetenskaplig utbildning och lämplig invandrarkompetens anställs vid dessa, när det gäller att hjälpa invandrare med svårigheter att orientera sig i samhället, med relationsstörningar och andra livsproblem.

Det är angeläget att utveckla transkulturella centra som kan utgöra basen för de nätverk för kunskapsspridning som behövs som stöd för den lokala hälso- och sjukvården. Vid sådana centra bör bedrivas forskning och utvecklingsarbete och de bör därtill vara informationscentraler.

En viktig åtgärd är att utbilda tolkar som specialiserar sig på psykiatriskt arbete och därför kan vara behjälpliga både vid bedömning och behandling. De erfarenheter och kunskaper personal från minoritetsgrupper har om sin kultur bör kunna tas till vara genom att de får lämplig vidareutbildning.

I läkarnas och annan sjukvårdspersonals grundutbildning bör ingå kunskaper om invandrare och andra kulturers inverkan på upplevelsen av hälsa och sjukdom. I specialistutbildningen för psykiatrer och allmänmedicinare är transkulturella aspekter i kliniskt arbete ett naturligt

inslag. Den vanliga psykiatriska mottagningen bör i framtiden med hjälp av konsultstöd kunna handlägga även invandrares psykiska problem allt efter hur befolkningen är sammansatt i upptagningsområdet.

Barn- och ungdomspsykiatrin och de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna bör i ökad utsträckning skaffa sig kompetens när det gäller förhållningssätt och behandling av andragenerationens invandrare.

Ett ökat missbruk bland psykiskt störda

Det är sannolikt att alkoholkonsumtionen ökar i det svenska samhället med 10-20 procent på grund av att alkoholen kommer att kosta mindre. Detta medför fler personer med alkoholproblem och en ökad frekvens av skrumplever, våldsskador och självmord.

Det är klarlagt att psykiskt sjuka patienter, framför allt schizofrena patienter, patienter med andra psykoser och med svår personlighetsstörning har en ökad risk att bli alkohol- och narkotikaberoende. I hela västerlandet ökar alkohol- och drogmissbruket bland psykiskt långtidssjuka, vilket gör att man kan befara en liknande utveckling i vårt land.

Detta kräver en anpassning av psykiatrin med en annan behandlingsuppläggning med samtidig behandling av psykos och missbruk. Samtidigt missbruk av alkohol och droger, s.k. blandmissbruk, har blivit allt vanligare. Tjugofem procent av dem som söker för alkoholproblem på Malmökliniken har också positiva test för bensodiazepiner och cannabis (gäller patienter under 40 års ålder).

Inom den akademiska psykiatrin finns det sedan många år ett välfungerande samarbete mellan allmänpsykiatrin och beroendepsykiatrin. Beroendepsykiatrin har blivit respekterad för den omfattande kunskapsuppbyggnad som skett och de effektiva behandlingsmetoder som har utvecklats.

Det kommer att krävas omfattande insatser för att föra ut dessa kunskaper till fältet. Förutsättningarna för att detta skall lyckas är att en kunskapskärna finns. En sådan grund finns inom missbrukspsykiatrin med två akademiska befattningar på Karolinska sjukhuset och i Malmö samt enheter för missbrukarvård på vissa håll i landet.

Kombinationen av farmakologisk behandling och effektiva psykologiska behandlingsmetoder kräver hög kompetens med framför allt samarbete mellan psykiater och psykolog. Samverkan med allmänpsykiatrin kommer att kräva omfattande insatser. I nuläget uppmärksammas inte en stor mängd personer med alkoholproblem, utländska studier talar om siffror på 50 procent. Ett systematiskt

frågande om alkoholproblem ökar frekvensen 3 gånger enligt de erfarenheter som finns vad gäller psykiskt störda missbrukare.

Sekundärprevention av högkonsumtion av alkohol är en billig och effektiv metod som självklart måste utnyttjas. Den bör kunna användas av primärvårdsläkare, men om detta inte går att genomföra kan det diskuteras om särskilda preventionsenheter bör inrättas i nära samverkan med beroendespecialist. Mödravårdscentralerna är här en betydelsefull målgrupp.

Beroendepsykiatrin behöver utvecklas som en del av allmänpsykiatrin i framtiden. I de större städerna kan det vara rimligt med särskilda beroendepsykiatriska behandlingsenheter men i stora delar av landet måste viss kompetens på detta område finnas i den lokala psykiatriska organisationen. Allmänpsykiatrin måste också ta sitt ansvar för de patienter som har både psykiska störningar och missbruksproblem. Beroendepsykiatrin bör hjälpa till med konsultstöd och ha möjlighet att ta över behandlingen av komplicerade fall.

Vården av missbrukare är i grunden en uppgift för socialtjänsten. Många av de patienter, som har både psykiska störningar och missbruk, är långvarigt störda och kan behöva ett särskilt boende med kommunal hälso- och sjukvård. Socialtjänsten behöver tillgång till psykiatriskt kunnig personal på rådgivningsbyråer, i bedömning och behandlingsplanering. Tillnyktring och avgiftning bör lösas lokalt i samarbete med sjukvården, där olika modeller kan prövas.

Utökad rättspsykiatrisk vård

Om en person gör sig skyldig till ett brott för vilket påföljden kan bli fängelse och personen i fråga misstänks vara psykiskt störd kan domstolen begära rättspsykiatrisk undersökning. De rättspsykiatriska undersökningarna utförs av Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska avdelningar eller av vårdenheter med vilka Rättsmedicinalverket har avtal. Om undersökningen visar att personen uppfyller indikationerna för vård enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) kan domstolen döma till vård enligt denna lag. Varje år undersöks mellan 500 och 600 personer, av vilka omkring hälften överlämnas till vård enligt LRV.

Flertalet av dessa patienter döms att överlämnas till vård med särskild utskrivningsprövning, vilket betyder att länsrätten beslutar om permission och utskrivning. Eftersom man därvid tar hänsyn till risken för återfall i brott och tillmäter samhällsskyddet stor betydelse blir vårdtiderna för denna patientgrupp rätt långa. När LRV trädde i kraft den 1 januari 1992 förväntades detta leda till att färre patienter än förut skulle komma att överföras till rättspsykiatrisk vård men samtidigt

stärktes samhällsskyddet i den nya lagen. Vårdtiderna kan därför förväntas bli längre än enligt den tidigare lagstiftningen, vilket kan leda till att antalet inneliggande patienter som år 2010 vårdas enligt LRV efter att av domstol överlämnats till vård ökar från dagens strax över 600 till omkring 900.

I en förändrad och decentraliserad slutenvårdsorganisation blir det allt svårare att vårda de till LRV-vård med särskild utskrivningsprövning överlämnade patienterna. Många av dem är rymningsbenägna, missbruk är vanligt och förutom psykotiska symtom har dessa patienter ofta allvarliga personlighetsstörningar, som komplicerar behandlingen. Särskilda behandlingsinsatser behövs och samhällsskyddet kräver speciella arrangemang såväl när det gäller lokaler som personal. Allt detta gör att denna patientgrupp i förhållande till sitt antal blir ganska resurskrävande. I framtiden kommer det sannolikt att finnas särskilda regionsjukvårdsplatser för detta klientel i större omfattning än i dag, nämligen ca 500-600 vårdplatser i stället för dagens 370. En sådan vårdplats beräknas kosta omkring 1,2 miljoner kronor per år i dagens penningvärde.

Lagöverträdare som blir föremål för frihetsberövande påföljder har en särdeles hög frekvens av psykiska störningar: psykoser, allvarliga personlighetsstörningar (utagerande och gemenskapshämmade), missbruk (främst blandmissbruk), affektiva störningar, och ångestrelaterade störningar (ångestsyndrom, social fobi, posttraumatiskt stress-syndrom och somatisering). De har samma behandlingsbehov som andra människor med sådana diagnoser, och därmed samma rätt till behandling. I en undersökning av kriminalvårdsklientelet i Malmö 1995 visade sig 4 procent ha pågående psykos, 65 procent missbruk, 75 procent personlighetsstörning, 20 procent affektiv störning och 15 procent ångestrelaterade störningar.

Enligt LRV ställs särskilda krav på utformningen av vårdavdelningar även när det gäller patienter som tillfälligt vårdas inom psykiatrin om de är anhållna, häktade eller intagna i kriminalvård. Kriminalvården har haft svårt att få hjälp med behandling och vård av psykiskt störda som är intagna i kriminalvården. Det har därför föreslagits att särskilda avtal skall slutas mellan kriminalvårdsanstalter och landsting för att kriminalvården skall få hjälp med sitt behov av psykiatrisk vård. För att ge ett tillfredsställande stöd åt alla i kriminalvård intagna med psykiska störningar behövs en psykiatrisk konsultverksamhet på kriminalvårdsanstalterna.

År 2010 bör avtal föreligga mellan Kriminalvårdsstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen så att rätten till psykiatrisk öppen och sluten vård gäller även för dem som är intagna i kriminalvård. De rättspsykiatriska regionvårdsenheterna bör utgöra kunskapscentra för

de konsultinsatser som behövs. Eftersom kriminalvårdsanstalterna är spridda över landet måste också den lokala psykiatrin svara för vissa konsultfunktioner med stöd från de regionala rättspsykiatriska centra.

Behov av rådgivning och stöd för särskilda grupper

Den psykiatriskt skolade personalen möter i öppen vård psykiska besvär och lidanden som uttrycker sig i ångest, oro, depressivitet, kroniska relationssvårigheter, upplevd identitetssvikt eller "bara" en djup förtvivlan över en livssituation som man saknar mening i eller inte klarar av på egen hand. Symtomen inrymmer alltid ett känslotillstånd som är svåruthärdligt för patienten och som relaterar till hans/hennes livshistoria och aktuella livssitutation. Den tid den psykiatriskt skolade personalen kan ge patienten i det personliga samtalet är det viktigaste medlet för att hjälpa patienten att förstå sig själv bättre, att finna nya sätt att lösa emotionellt påfrestande konflikter och andra kritiska problem i livssituationen.

Hälso- och sjukvårdslagen och nu denna utrednings direktiv lyfter fram patientens rätt till information om och val av alternativa behandlingsformer. Patientens inflytande i vården och självbestämmande skall stärkas.

Förväntningarna från människor gäller inte bara specialistpsykoterapi. De senare årens katastrofer har visat hur starkt kravet på ett psykoterapeutiskt bemötande är och att utsatta yrkesgrupper skall ges möjlighet att hantera och bearbeta sina emotionella reaktioner i samband med traumatiska händelser. Även när det gäller en del av invandrarnas problematik är det inte alltid sjukvårdande åtgärder som behövs. Många livsproblem skulle kunna hanteras bättre med ett psykosocialt stöd och psykologiskt förhållningssätt.

Det växer fram ett behov av psykologiska stödinsatser i olika sammanhang ute i samhället. Det handlar om krisbearbetning men även om stöd åt människor i svåra livssituationer eller andra former av svår stress. Dessa allmänmänskliga problem tar sig uttryck inte endast i psykiska störningar utan också i kroppsliga symtom på svåra känsloupplevelser. Det är inte självklart att all denna problematik skall skötas inom en psykiatrisk vårdorganisation. Primärvården i sin nuvarande utformning är inte heller beredd att hantera dessa frågor.

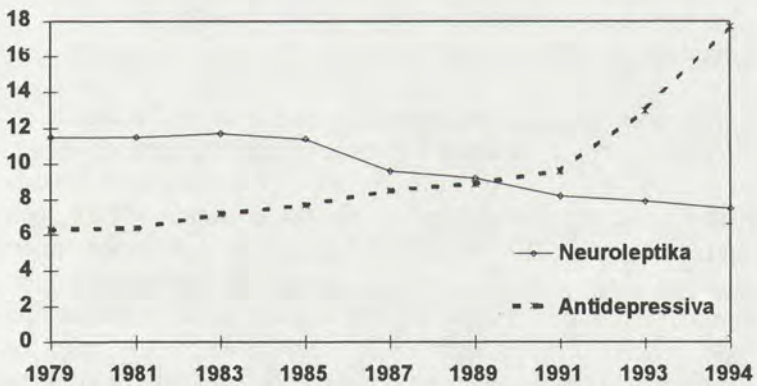
För att detta mycket omfattande arbete skall kunna genomföras på ett kvalitativt bra sätt fordras inte utbildning i psykoterapi på specialistnivå. Däremot är tillgång på kvalificerad psykologisk och psykoterapeutisk kompetens i organisationen en förutsättning för kvalitet i arbetat.

När det gäller samlevnadsproblem har samhället länge ställt upp med familjerådgivning och ungdomsmottagningar. I dessa verksamheter finns inslag av psykologiska stödinsatser. Verksamheter av liknande slag med psykologisk och social kompetens i samarbete kan behövas på det lokala planet. En sådan verksamhet i gränsområdet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan bli en framtida lösning. Den bör lämpligen organiseras i anslutning till socialtjänsten i likhet med familjerådgivningen och kanske samordnad med denna.

Specifik psykofarmakabehandling

Behandling med neuroleptika har varit en betydelsefull orsak till att så många schizofrena patienter i dag kan vårdas utanför sjukhus. Patienter med långvarig schizofreni och liknande psykoser kan behöva behandlas i många år. Därför kan det vara bra att genomföra behandlingen i form av injektioner med depåneuroleptikum. Ca 30 procent av neuroleptika-försäljningen handlar om depåinjektionspreparat. Uppskattningsvis används mer än hälften av neuroleptikaförsäljningen av patienter med schizofreni.

Försäljning av neuroleptika- och antidepressiva 1979 – 1994 i DDR/1000 inv/år



Figur 3

Som framgår av figur 3 har neuroleptikaförsäljningen de senaste 10 åren långsamt minskat. Detta kan sammanhänga med en ökad medvetenhet om biverkningar och hur adekvat neuroleptikabehandling bäst skall genomföras. Däremot har försäljningen av antidepressiva läkemedel ökat kraftigt i synnerhet de senaste åren. En orsak är tillkomsten av antidepressiva med en mer selektiv verkan, s.k. selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI-preparat.

Det figur 3 främst illustrerar är att försäljningen av nya medel kan öka snabbt om nya farmaka utvecklas eller nya indikationer tillkommer. Därvid ökar kostnaderna ofta ännu snabbare eftersom nya läkemedel vanligen är dyra.

Under de kommande åren fram till år 2010 kommer sannolikt nya sådana SSRI-preparat och andra typer av antidepressiva att bli tillgängliga. Särskilt selektiva agonister för några av de 17 subtyperna av serotoninreceptorer är här synnerligen aktuella, t.ex. 5HT1A-agonister. Förutom vid depressioner är fobier och panikångest andra områden där dokumentation för terapeutiska effekter föreligger. Nya indikationer kan bli social fobi och dystymi.

Viktiga frågor gäller:

- långtidseffekter av dessa medel?
- för vilka patienter är psykoterapi alternativt farmakaterapi förstahands val?
- föreligger synergieffekter mellan psykoterapeutisk och farmakologisk behandling?

Nya sömnmedel och lugnande medel kan tänkas utvecklas utifrån att 5HT1A-receptorn även synes förmedla en ångestdämpande effekt. Flera typer av 5HT1A- agonister är under utveckling som ångestdämpande medel. Peptidreceptorer för t.ex. cholecystokinin (CCK) och vasointestinal peptid (VIP) förefaller också reglera ångestmekanismer. Det kommer att utvecklas läkemedel som påverkar dessa mekanismer.

Flera kemiskt skilda grupper av farmaka har selektiva effekter på subtyper av benzodiazepinreceptorer. Djurexperimentella data talar för att det finns goda möjligheter att separera den anxiolytiska effekten från tendensen att ge beroendeutveckling och tolerans.

En fråga gäller vilken dosering som skall användas av neuroleptika i olika faser av psykotisk sjukdom. Kunskapsutvecklingen under den senaste 10-årsperioden talar för att vid lågdosbehandling med dessa medel kan extrapyramidala biverkningar i stor utsträckning undvikas med bibehållen god antipsykotisk effekt. Utvecklingen av depåinjektionspreparat kommer säkert att fortsätta. Framförallt eftersträvas färre biverkningar genom en noggrannare doseringskontroll och även

en sänkning av doseringen förefaller vara möjlig. En tendens finns mot längre injektionsintervall.

Utvecklingen inom klinisk psykofarmakologi fortsätter under kommande 15-årsperiod i minst samma takt som under föregående decennier. Genom att äldre indikationer kvarstår och nya tillkommer är det sannolikt att resursbehovet för farmakologisk behandling ökar. Detta kan dock i sin tur innebära att behovet av vårdinsatser i öppen och sluten vård för affektiva sjukdomstillstånd minskar. Möjligheterna till genterapi inom detta fält synes ännu mycket avlägsen. Det är tänkbart att det år 2010 finns medel med viss effekt vid Alzheimers sjukdom.

Den psykofarmakologiska behandlingen ställer stora krav på psykiaterns kunskap och kompetens. En väl genomförd behandling är av största betydelse för en god kvalitet i vården. Patienterna accepterar inte år 2010 biverkningar och oskickligt genomförd behandling. Eftersom sömnmedel, lugnande medel och antidepressiva i stor utsträckning förskrivs av primärvårdens läkare måste psykiatrerna ägna tid åt handledning och utbildning av allmänmedicinarna i behandling med psykofarmaka.

Differentierad psykoterapi

Sedan legitimationen för psykoterapeuter infördes år 1985 har över 3000 psykoterapeuter legitimerats. Många av dem arbetar i den psykiatriska vårdorganisationen i olika funktioner, flera i ledande positioner. Detta har säkert bidragit till den utveckling som skett inom psykiatrin mot en mer psykodynamisk och psykosocial inriktning. Tillgången till psykoterapeuter är ojämnt fördelad över landet men ett mindre antal finns i alla landsting. Det stora antalet legitimerade psykoterapeuter har också ökat kompetensen och möjligheterna för psykoterapi. Enligt Socialstyrelsens studie behandlades ca 20 000 patienter i psykoterapi vid ett undersökningstillfälle 1990/1991.

Förändringarna i framtiden på psykoterapins område blir ändå betydande. År 2010 har kunskaperna inom befintliga system breddats och fördjupats. Forskningen har gett bättre svar på den centrala frågan om vilken typ av patient som bör erbjudas vilken typ av terapi. Det har fått direkta konsekvenser både för kostnadseffektiviteten och för patienttillfredsställelsen. Specialiserade och korttidsinriktade behandlingsformer ökar.

Depressioner, ångesttillstånd, fobier, ätstörningar och personlighetsstörningar är kategorier inom vilka ett betydande antal patienter kan behandlas med kognitiva metoder och med goda resultat. Analytiskt

orienterad långtidsbehandling förutsätter en speciell motivation som när den finns hos patienten kan ge djupgående förändringar och väsentliga förbättringar av den psykiska hälsan. Men när denna motivation inte föreligger skall goda alternativa behandlingsformer kunna erbjudas, vilket i ett patientperspektiv också är starkt etiskt motiverat.

Inom en framtida allmänpsykiatri, även efter en resursmässig begränsning, kommer den kvalificerade psykoterapin att ha en given plats för vissa patientgrupper. Även inom barn- och ungdomspsykiatrin och i den rättspsykiatriska vården finns ett stort behov av psykoterapeutisk behandling, vilket kräver sina resurser. En fråga för framtiden är om en del av den psykoterapeutiska verksamheten i viss utsträckning skall organiseras i en egen organisation utanför hälso- och sjukvården.

Många psykoterapeuter arbetar i dag privat och detta kommer säkert att vara aktuellt även år 2010. Behandlingens speciella karaktär med avgränsning till rum och tid samt behovet av integritet och sekretess för patienten och det faktum att behandlaren inte behöver några hjälpmedel i sitt arbete annat än för dokumentation gör att den mycket väl kan bedrivas privat. Kvar står problemet med ersättningen för behandlingen. I vårt samhälle har behandling som räknas till hälso- och sjukvård betalats av det allmänna medan det inte är lika självklart när det gäller personligt stöd och rådgivning.

I Prioriteringsutredningens slutbetänkande (SOU 1995:5) framhålls att psykoterapi ingår i vården av psykiska störningar men att psykoterapi också kan efterfrågas av personer som inte uppfyller kriterierna för psykisk störning. I sådana fall kan behandlingen medföra en förbättring av livskvaliteten men det är tveksamt om hälsorelaterat behov föreligger.

Barn och ungdom

Kommunernas budgetåtstramningar har gjort att resurserna för skolan och barnomsorgen minskat. På många håll har neddragningarna lett till att de elevvårdande insatserna i form av skolpsykologer och -kuratorer minskats eller dragits in. Därigenom har trycket ökat på barn- och ungdomspsykiatrin. Vidare har man inom barn- och ungdomspsykiatrin tyckt sig märka en ökad efterfrågan på utredningar och behandling till följd av ökad arbetslöshet och andra problem i samband med att samhällets ekonomi har försämrats.

Gränsdragningen mellan socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatrins ansvar för utredningar och åtgärder är oklar. På många håll tycker sig socialtjänsten och skolan inte få det stöd och den hjälp

man önskar från barn- och ungdomspsykiatrin. Barn- och ungdomspsykiatrin anlitar ibland institutionsvård inom den sociala sektorn i stället för egna behandlingshem. På samma sätt sker avgränsningen mellan barn- och ungdomsmedicinen och barn- och ungdomspsykiatrin på olika sätt i skilda delar av landet. När det gäller t.ex. den rätt resurskrävande sjukhusvården av patienter med anorexi så sker den på vissa håll främst inom barn- och ungdomsmedicinen, på andra huvudsakligen inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Även avgränsningen mellan allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri växlar mellan olika sjukvårdshuvudmän. I stort sett har man dock anpassat sig till att personer under 18 år skall vårdas inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vid Socialstyrelsens inventering i oktober 1994 av alla inneliggande i sluten psykiatrisk vård vårdades 95 procent av dem som var under 18 år på barn- och ungdomspsykiatriska vårdenheter. En sjättedel av dem som vårdades på dessa enheter var 18 år och äldre.

En stor del av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet sker numera i öppen vård men den slutna vården tar dock relativt stor andel av resurserna genom att den är så kostnadskrävande. Detta beror dels på den höga personaltätheten, dels på att man ofta har hela familjen inskriven under en utredningsfas.

De framtida resursbehoven för barn- och ungdomspsykiatrin beror mycket på hur avgränsningen görs mot socialtjänstens insatser för barn- och ungdomsvård. En parlamentarisk kommitté har fått i uppdrag att överväga bl.a. denna fråga men även andra frågor om samhällets insatser för psykiskt störda barn och ungdomar.

Ett ökat antal äldre

Majoriteten av psykiatrins patienter är till skillnad från den somatiska sjukvårdens under 65 år. Ändå svarar patienter över 65 år under ett år (1990/91) för en tredjedel av vårddagarna när det gäller avslutade vårdtillfällen, vilka främst handlar om korttidsvård.

Tidigare var åldersdemens en vanlig orsak till psykiatrisk vård men numera sker ofta utredningarna av demenspatienter inom geriatriken och den fortsatta vården inom kommunens hälso- och sjukvård. I dag är det depressioner och ångesttillstånd som är vanliga hos de äldre patienterna inom psykiatrin men också psykotiska tillstånd av olika slag. Sannolikt behandlas inte alla åldersdepressioner i dag på ett effektivt och adekvat sätt.

I många psykiatriska sektorer behandlas äldre vid samma mottagning och vårdas på samma vårdavdelning som de yngre. På vissa håll har i

synnerhet den slutna vården differentierats så att äldre har en egen vårdavdelning. Båda modellerna har sina för- och nackdelar, lösningen beror ofta på upptagningsområdets storlek och befolkningens ålderssammansättning.

År 2010 kommer antalet människor över 65 år att vara fler och dessutom äldre än i dag. Samtidigt kan man räkna med att de är aktivare och rörligare samt ställer högre krav. De nya antidepressiva läkemedlen (SSRI) med färre biverkningar kommer att göra behandlingen av åldersdepressioner enklare och effektivare men till högre kostnader. Man kan förvänta sig att behovet av heldygnsvård minskar till följd av dessa behandlingar. Valfriheten kanske leder fram till särlösningar för äldre i synnerhet på större orter. Större resurser än i dag behöver därför avsättas för psykiatrisk vård och behandling av pensionärer.

Patientinflytande

I Hälso- och sjukvårdslagens 2a § sägs att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det sägs vidare att vården så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds. Även i lagen om psykiatrisk tvångsvård understryks att samråd när det kan ske skall äga rum med patienten och med patientens närstående när så är lämpligt.

Det har under 1980- och 1990-talen skett en utveckling inom psykiatrin mot en allt större medvetenhet om vikten av att samarbeta med patienten kring vård och behandling. Till detta har RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) verksamt bidragit. Det ökade intresset för etik samt respekt för patientens integritet och autonomi såsom det bl.a. kommer till uttryck i ovannämnda lagar har också verkat i denna riktning och förändrat vårdpersonalens inställning.

RSMH har utecklats till ett kraftfullt språkrör för patienter med psykisk störning och bl.a. medverkat i Psykiatriutredningen och arbetat för den psykiatrireform som nu håller på att genomföras. Från RSMH:s sida önskar man dock ytterligare stärka patientinflytandet. Den av en enig riksdag den 2 juni 1994 beslutade psykiatrireformen innebär förhoppningsvis ett uppbrott från en paternalistisk syn på psykiatrins patienter där man betraktats mer som ett objekt och en diagnos än som subjekt och individ med en egen historia och ett eget liv. Reformen innebär, förutom en del betydelsefulla klarläggande beträffande ansvarsfördelning för framtida vård, stöd och service för psykiskt

funktionshindrade, också ett klart maktförskjutningsperspektiv. Makt och inflytande över det egna livet och över behandlingen går i större utsträckning över från psykiatrins ledning till den enskilda individen.

RSMH:s önskan att f.d. patienter skall ges ett inflytande på revision och kvalitetssäkring av vården samt få möjlighet att inför beslutsfattande politiker yttra sig över de budgetförslag som läggs och som har återverkningar på vård, stöd och service för psykiskt funktionshindrade kanske kan förverkligas i framtiden.

I psykiatrireformen ingår en försöksverksamhet med personliga ombud för patienter med svåra och omfattande funktionshinder. Förhoppningsvis leder detta till att det år 2010 i varje län finns en organisation för personliga ombud för länets kommuner. Personliga ombud skall ha ett samordningsansvar för vård, stöd och service till människor med långvariga och allvarlig psykiska störningar. Rätten till personligt ombud kommer sannolikt att regleras i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) för alla som tillhör personkretsen. De personliga ombuden kan anställas t.ex. av en stiftelse bestående av klientorganisationen RSMH och anhörigorganisationen IFS.

Ett annat av RSMH:s önskemål som säkert kan uppfyllas är att det runt om i landet kommer att finns ett antal brukarstyrda arbetskooperativ för psykiskt funktionshindrade med inriktning på ren produktion men även på tjänster och service. I varje kommun finns vidare brukarstyrda dagcentraler som erbjuder daglig verksamhet för människor med psykiska funktionshinder. Dessa kamratstödjande verksamheter bygger på självhjälpsgrupper.

Anhörigstöd

De anhöriga till personer med schizofreni och andra psykossjukdomar har haft en utsatt situation. Eftersom schizofreni vanligen debuterar i tonåren eller strax efter 20 års ålder har insjuknandet ofta upplevts extra tungt av föräldrarna. Sjukdomen har ofta en dålig prognos, vilket leder till långvariga problem för såväl den sjuke som hans föräldrar. Tidigare blev många av dessa sjuka kvar på sjukhus under årtionden men i dag strävar man efter att vårda dem utanför sjukhus. Eftersom den schizofrene ibland har svårt att klara eget boende och då samhällets stödboende varit dåligt utvecklat har den öppna vården för denna patientgrupp ibland blivit en börda för de anhöriga.

Många föräldrar har svåra skuldkänslor för att deras barn insjuknar i en oförklarlig och svår psykisk sjukdom. Tidigare ökade föräldrarnas skuldkänslor av att vårdpersonalen dessutom beskyllde föräldrarna,

speciellt modern, för att ha bidragit till insjuknandet genom sin uppfostran och sitt bemötande. De anhöriga avvisades ofta från sjukhusen. Ändå fick många anhöriga ta ansvar för sina barn vid utskrivningen på grund av dåligt stöd från samhällets sida.

För några årtionden sedan blev man genom forskning kring de långvarigt schizofrena varse att föräldrarnas och de närståendes engagemang för den sjuke kan medverka till att den sjuke antingen klarar sig bra eller till att återfall inträffar. Detta har väckt ett intresse från vårdens sida att undervisa de anhöriga om sjukdomen och dess förlopp samt att även lära ut lämpliga förhållningssätt. Den psykiatriska vårdorganisationen har i ökad utsträckning utvecklat psykologiskt stöd för de anhöriga samt genom psykoedukativa insatser ökat deras kunskaper om psykiska sjukdomar.

Till detta har även bidragit att de anhöriga organiserat sig. Den första intresseföreningen för schizofreni (IFS) bildades i Göteborg 1979 av anhöriga till svårt psykiskt sjuka. År 1987 bildades Riks-IFS (Riksförbundet av intresseföreningarna för schizofreni). I dag finns ett nittiotal lokalföreningar med ca 4 000 medlemmar. Riks-IFS har ett samarbete med RSMH, bl.a. har man bildat en gemensam stiftelse, RIFS. Den verkar för boende och sysselsättning för psykiskt handikappade. Numera finns också föreningar för anhöriga till demenspatienter och till personer som suiciderat.

Fram till år 2010 bör ett ännu bättre samarbete kunna utvecklas mellan den psykiatriska vården, anhörigföreningar och patientorganisationer. Då måste även den kommunala vården av psykiskt långtidssjuka inkluderas i detta samarbete. Den specialiserade psykiatrin bör åta sig att fortsätta och utöka anhörigundervisningen och det psykologiska stödet, inklusive krisstöd, till de anhöriga. Psykiatrins personal måste också ta ansvaret för att sprida kunskap till den kommunala verksamhetens vårdpersonal och socialarbetare men även till arbetsmarknadsmyndigheter och försäkringskassor.

Sektorisering eller specialisering

Psykiatrin är till skillnad från många andra medicinska discipliner uppdelad på ett fåtal specialiteter. Barn- och ungdomspsykiatrerna arbetar i sin särorganisation förutom de som verkar inom PBU (psykiska barn- och ungdomsvården), som är en verksamhet i gränslandet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rättspsykiatrerna utför rättspsykiatriska undersökningar inom det statliga Rättsmedicinalverket. De psykiatrer som svarar för vården på de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna har vanligen allmänpsykiatrisk

specialitet men några av dem har dessutom specialistkompetens i rättspsykiatri.

Inom allmänpsykiatrin finns en subspecialisering efter intresseområden och inom vårdorganisationen. Förutom rättspsykiatriska regionvårdsenheter finns särskilda enheter för missbrukarvård och geropsykiatrisk vård. På vissa håll bedrivs behandling av ätstörningar i en fristående organisation. En tid hade man speciella avdelningar för schizofrena, för depressioner och för äldre.

Under ett tiotal år har inriktningen varit den motsatta, nämligen att organisera vården i psykiatriska sektorer med ett samlat ansvar för befolkningens vårdbehov i sektorns område. I sektorsorganisationen ingår såväl sluten som öppen vård och de olika mottagningarna arbetar med allmän psykiatri för befolkningen i området. En tanke med sektorisering är att psykiatrin därigenom får lättare att samarbeta med vårdgrannarna eftersom en sektor ofta omfattar endast ett fåtal kommuner, kommundelar eller socialdistrikt och därmed också några få vårdcentraler. Det är svårt att i en relativt liten sektorsklinik kunna inrymma alla olika kompetenser, vilket gör att vissa problem måste överlämnas till en mer specialiserad organisation. Därvid förlorar man den lokala anknytningen.

Utvecklingen har lett till en decentraliserad organisation med psykiatriska öppenvårdsmottagningar i vanliga bostadsområden i ett stort antal av landets kommuner. Psykiatrins personal gör också i ökad utsträckning hembesök. Den psykiatriska jourverksamheten har byggts ut i form av mobila team tillgängliga dygnet runt. I vissa landsting har man organiserat psykiatrins öppenvård på kommunal nivå, i en självständig organisation eller som en del av primärvården, och samlat den slutna vården på ett eller ett par sjukhus i en fristående organisation.

I mer än hälften av landets kommuner är invånarantalet under 20 000. Många av de större kommunerna delas upp i kommundelar eller socialdistrikt, som är lika små. Medianen för befolkningens storlek i de psykiatriska sektorernas områden utgjorde 70 000 invånare år 1991. Sektorn behöver en viss storlek för att kunna utveckla olika kompetenser men samtidigt får den inte bli för stor eftersom vårdgrannarna då blir för många.

Under senare år har valfriheten för patienten satts i centrum vilket motverkar idén med sektorisering. Under åren har olika idéer gjort att ibland sektorisering med allmänkunnande framhållits, ibland specialisering. En fortsatt minskning av vårdplatser och förkortning av vårdtider kan medföra att den heldygnsvård som kräver stora resurser och speciell kompetens kommer att centraliseras.

Ett tänkbart scenario för år 2010 är att det regionalt finns specialiserad och avancerad sluten vård med hög personaltäthet för viss

akut sluten vård. För särskilda problemområden såsom avancerad psykoterapi vid schizofreni, specialkunskap om invandrare och andra kulturer, behandling av ätstörningar o.s.v. kan det regionalt inrättas olika kunskapscentra. Sektorn kan lokalt svara för den vardagliga specialistpsykiatrin med konsultstöd från regionala specialister. De långvarigt psykiskt störda patienter som kommunen ansvarar för behöver också insatser från psykiatrer och psykologer verksamma i den psykiatriska vårdorganisationen eftersom landstinget har ansvar för de medicinska insatserna.

I framtiden kommer kommunerna att ha ett ansvar för boende, sysselsättning, dagverksamhet och viss hälso- och sjukvård när det gäller människor med långvariga psykiska störningar. Redan i dag önskar socialtjänsten tillgång till psykiatriska insatser när det gäller bedömningar och vissa behandlingar bl.a. av psykoterapeutisk art. Kommunen har tillgång till omvårdnadspersonal, arbetsterapeuter och sjukgymnaster men behöver stöd av landstingets psykiatrer, psykologer och psykoterapeuter.

En kommunal sektorspsykiatri är mindre lämplig eftersom majoriteten av kommunerna är för små för en komplett och kompetent psykiatrisk sektorsorganisation.

Kvalitetssäkring och uppföljning

I Hälso- och sjukvårdslagen sägs att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Socialstyrelsen har föreskrivit att kvalitetssäkring skall bedrivas i all hälso- och sjukvård. Grunden för ett arbete att förbättra kvaliteten är en målbeskrivning för och en systematisk analys av verksamheten. Även inom psykiatrin arbetar man med åtgärder för att mäta kvaliteten och förbättra den.

I framtiden kommer säkerligen kvalitetsarbetet att ha vidareutvecklats så att patienten kan välja mellan olika behandlingsmetoder och vårdinsatser med angivna målbeskrivningar och kvalitetsindikatorer.

För att bedöma vårdens kvalitet och effektivitet behövs uppföljning. I dag är i allmänhet kunskaperna om vad den psykiatriska vården åstadkommer med sina resurser mycket begränsade när det gäller data, som belyser vårdens kvalitet och produktivitet samt när det gäller effekten av insatta behandlingar. Landstingsförbundets statistik ger endast en ofullständig redovisning av den psykiatriska slutna vården i form av vårddagar. Många av de långvarigt vårdade patienternas vårddagar tycks inte uppmärksammas. För den öppna vården lämnas endast uppgift om läkarbesök, vilket ger en mycket ofullständig bild av

den omfattande psykiatriska öppna vård som utövas av alla andra yrkeskategorier.

På många håll utvecklas system för att förbättra uppföljningen av den psykiatriska vårdens olika insatser. I framtiden kommer datoriserade uppföljningssystem att möjliggöra en bedömning av hur resurserna används. Man kommer att kunna följa verksamheter och avgöra vilka som är mest kostnadseffektiva och bedöma om uppställda mål uppnås.

Eftersom kommunerna får ett ökat ansvar för de långvarigt psykiskt störda är det viktigt med kvalitetssäkring och uppföljning även av kommunernas olika insatser på detta område.

Avgränsning och samverkan

Psykiska sjukdomar och problem är vanligt förekommande. I SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) finner man t.ex. att ca 13 procent av de intervjuade har psykiska besvär av något slag. Man räknar med att 2-3 procent av befolkningen har kontakt med den specialiserade psykiatrin medan mindre än en procent får sjukhusvård på grund av psykisk sjukdom under ett år.

Primärvården möter många patienter med psykiska problem och psykosomatiska störningar. En studie av primärvårdens patienter som genomfördes på två orter i Sverige visade att 30 procent av patienterna vid självskattning anser sig ha nedsatt psykisk hälsa. Primärvårdsläkarna uppskattar att 12-13 procent av patienterna kan åsättas en psykiatrisk diagnos. Det är främst patienter med depressioner och ångesttillstånd som söker primärvården.

Det kommer därför även år 2010 att vara en angelägen funktion för primärvården att uppmärksamma psykiska problem. Detta gäller inte minst tidig upptäckt av psykotiska tillstånd hos unga, att arbeta med sekundärprevention av högkonsumtion av alkohol och behandling av alkoholberoende samt att känna igen och kunna behandla depressioner i synnerhet hos äldre.

En väl fungerande primärvård kan sköta många psykiatriska problem men den behöver återkommande utbildning, handledning och psykiatriskt konsultstöd. Om resurserna för den psykiatriska organisationen bli för små ställs ökade krav på primärvården från människor med psykiska problem. Primärvård och psykiatri samt socialtjänst och psykiatri är kommunicerande system. Befolkningen efterfrågar hjälp och behandling när psykiska problem föreligger. Om en del av systemet sviktar belastas en annan del.

Också i framtiden kommer den somatiska sjukvården att behöva konsultstöd av psykiatrer. Personer som gör självmordsförsök kommer vanligen till de somatiska akutmottagningarna och behöver fortsatt psykiatrisk bedömning och behandling. Barnmedicinen svara på många håll för en stor del av den slutna vården av svårt sjuka anorektiker.

Eftersom kommunen får ansvaret för de psykiskt långtidssjukas boende och hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer behövs psykiatriska konsultinsatser så att de sjukas tillstånd inte försämras, vilket kan leda till återintagning på sjukhus. En nära samverkan bör komma till stånd eftersom såväl kommunen som psykiatrin har ett intresse av att patienterna kan få sitt stöd i det särskilda boendet.

De psykiskt långtidssjuka behöver ofta långvarig psykofarmaka-behandling för att inte deras psykiska tillstånd skall försämras. De är inte alltid positiva till en sådan behandling och behöver deras motiveras för att acceptera den. Flertalet av de psykiskt långtidssjuka har en låg inkomst som förtidspensionärer. Om patienten själv skall svara för kostnaderna såväl för psykiaterns insatser som för läkemedlen motverkar det patientens intresse att fortsätta med behandlingen. Om behandlingen avbryts kan det leda till behov av sjukhusvård till betydligt högre kostnader för landstinget. Det är därför angeläget att ett system utvecklas där landstinget svarar för kostnaderna för läkemedlen och personalens åtgärder.

Framtida personalbehov

Mentalsjukvårdsdelegationen uppskattade i ett av sina betänkanden redan 1958 (SOU 1958:38) behovet av psykiatrer till ca 1900. En sjättedel av detta beräknade behov gällde olika slag av konsultinsatser utanför psykiatrin. Socialstyrelsen har på ett samlat sätt redovisat personalens dimensionering och kompetensfrågor i en rapport 1985 där bl.a. prognoser för behov av personal under 1990-talet gjorts (se tabell 1).

Tabell 1. Beräknat antal årsarbeten inom psykiatrisk vård år 1983 och prognos för 1995–2000.

Personalkategori	1983	1995–2000	Förändr. antal	Förändr. procent
Läkare	1 550	2 500	+ 950	+ 60
Psykologer	880	1 600	+ 800	+ 100
Kuratorer	800	1 300	+ 500	+ 60
Arbetsterapeuter	300	900	+ 600	+ 200
Sjukgymnaster	150	400	+ 250	+ 165
Sjuksköt/1:e skötare	5 500	6 500	+ 1 000	+ 20
Skötare	25 000	18 500	- 6 500	- 25
Förvaltn., administr.	6 400	6 400	0	0
Ekonomi, tekn. etc.	9 100	4 300	- 4 800	- 55
Totalt	**49 600**	**42 400**	**- 7 200**	**- 15**

Det är svårt att få fram säkra uppgifter om personal inom psykiatrisk vård. Enligt Statistisk årsbok för landsting 1994 var antalet årsarbetare i psykiatrisk vård ca 27 500 år 1992, vilket är betydligt mindre än prognosen för år 2000 i tabell 1. Antalet skötare anges i Statistisk årsbok för landsting 1994 till omkring 14 500 men då är inte sjukvårdspersonal på de enskilda vårdhemmen medräknade och sannolikt inte heller den kringpersonal som är upptagen i tabellen.

År 1993 anger Sveriges Läkarförbund att det finns 1 211 yrkesverksamma medlemmar med specialistbevis i allmän psykiatri, 268 i barn- och ungdomspsykiatri och 37 i rättspsykiatri. Enligt Socialstyrelsens register finns det 1995 följande antal specialister i yrkesverksam ålder: 1 501 allmänpsykiatrer, 320 barn- och ungdomspsykiatrer och 56 rättspsykiatrer. Dessa uppgifter gäller specialistbevis. En läkare kan ha flera specialiteter och redovisas dubbelt.

Dessa uppgifter visar att tillgången på psykiatrer alltjämt ligger under de prognostiserade behoven. Många av de yrkesverksamma psykiatrerna bedriver privatpraktik eller arbetar inom andra grenar av hälso- och sjukvården. Därtill föreligger en regional snedfördelning av tillgången på psykiatrer och på vissa håll har man betydande rekryteringssvårigheter.

Hur många psykologer och kuratorer som i dag arbetar inom psykiatrin är inte känt men tillgången förefaller vara tillräcklig även om

det också på detta område kan vara svårigheter att rekrytera i vissa verksamheter. Det fanns den 1 januari 1994 2 599 legitimerade psykoterapeuter, av vilka 64 procent var legitimerade psykologer. I dag är antalet legitimerade psykoterapeuter över 3 000.

År 2010 bör det finnas god tillgång på legitimerade psykoterapeuter under förutsättning att resurser avsätts för psykoterapi så att de får möjlighet att utöva sitt yrke. En del av psykoterapeutkåren kommer naturligtvis även i framtiden arbeta i den offentliga psykiatrin med andra uppgifter än psykoterapi.

Den reducerade slutna vården kräver mindre personal än i dag och bör i likhet med den öppna vården inte ha några svårigheter att rekrytera välutbildad personal. Kommunerna behöver psykiatriskt utbildade sjuksköterskor och skötare men även arbetsterapeuter och sjukgymnaster. De neddragningar som sker av den slutna specialiserade psykiatriska vården i samband med PsykÄdel gör att det bör finnas tillgång på kompetent personal för kommunernas verksamhet.

Behovet av psykiatrer kommer däremot inte att vara tillfredsställt eftersom de olika konsultinsatserna, stödet till den kommunala psykiatriska vården och den omfattande öppna psykiatriska verksamheten kräver god tillgång till psykiatrer.

Redan 1958 ansåg Mentalsjukvårdsdelegationen att det behövdes 330 helårstjänster för psykiatrer för att tillgodose behovet av psykiatriska konsultinsatser i olika verksamheter utanför den egentliga psykiatriska vården. Det totala behovet av psykiatrer beräknades till 1900. Sedan dess har andelen psykiatrer i läkarkåren minskat. Nu behövs särskilda satsningar i rekryteringsbefrämjande syfte under de kommande åren för att tillgodose behovet av psykiatriska specialister. Förhoppningsvis skall Mentalsjukvårdsdelegationens behovsberäkningar kunna infrias 50 år efter det att de gjordes.

Resursbehov för olika problemområden

I bakgrundsrapporten Psykiatrin 1994 – en kort beskrivning av psykiatrins resursanvändning 1990-1994 (före Psykiatrireformen) beskrevs ett antal problemområden. Ett försök gjordes att utifrån tillgängliga data som främst belyste den psykiatriska vårdens omfattning och resursanvändning åren 1990-1991 beräkna resursbehoven för de olika problemområdena.

Tabell 2. Uppskattning av resursåtgång för de olika problemområdena. Kostnaderna för öppen vård och sluten vård 1991 totalt 11,7 miljarder kr.

Problemområde	Öppen vård miljoner kr.	Sluten vård miljoner kr.	Proc. fördelning %
Schizofreni o.a. psykoser	560	3465	34
Depression o. affekt.sjukd.	620	1100	15
Demenstillst.	40	960	8
Ångesttillst.	300	570	7
Personl.störda	100	560	6
Dömda till vård	30	450	4
Missbrukare	250	1190	12
Barn och ungdom	200	705	8
Övriga	100	566	6
Summa	**2200**	**9566**	**100**

I Statistisk årsbok för landsting 1994 anges kostnaderna för psykiatrisk vård år 1992 till totalt 11,6 miljarder kr., varav 2,1 miljarder kr. för öppen vård. Beräkningarna för 1991 i bakgrundsrapporten ger en sammanlagd kostnad för den offentliga psykiatriska vården på 11,77 miljarder kr., varav 2,2 miljarder kr. för öppen vård, vilket sålunda stämmer väl överens med kostnaderna enligt årsboken. Kostnaderna för psykiatriska privatläkare är ca 200 miljoner kr., psykoterapi hos privata psykoterapeuter beräknas kosta 378 miljoner kr. under ett år och psykofarmaka i öppen vård för psykiatrins patienter högst 100 miljoner kr. per år. Totalt blir kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården räknad på detta sätt 11,97 miljarder kr., eftersom privatläkarvården bör räknas in i landstingens kostnader för psykiatrisk vård.

Till detta kommer en del av psykoterapikostnaderna hos privata psykoterapeuter. Den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde 1990 visade att landstingen betalade endast en mindre del av dessa kostnader och att patienterna själva betalade nästan hälften av alla terapibesök hos privata psykoterapeuter.

Redan för år 1993 har sjukvårdshuvudmännens kostnader för den psykiatriska vården minskat till 10,3 miljarder kr., varav 2,7 miljarder kr. för öppen vård. Detta är en minskning med 11 procent jämfört med föregående år.

Allmänt om det framtida resursbehovet för psykiatrisk vård

I de följande beräkningarna behandlas endast den offentliga vården. De gjorda beräkningarna för 1991 stämmer rätt väl överens med de av Landstingsförbundet angivna kostnaderna för 1992. De redovisas i tabell 2 och utgör utgångsvärdet i beräkningarna av de framtida kostnaderna.

De svaga och utsatta i samhället är ofta psykiatrins patienter. Som tidigare påpekats belastas andra samhällssektorer tungt om den psykiatriska vården nedrustas. Det förhållande att en del sluten vård har kunnat avvecklas leder inte självklart till minskade kostnader. Den kvarvarande delen av heldygnsvården blir dyrare eftersom de svårast sjuka behöver en vård med stora personalinsatser och de förkortade vårdtiderna och den ökade omsättningen ställer stora krav på personal.

Den öppna psykiatriska vården är rätt resurskrävande med hembesök, rörliga jourteam dygnet runt och ofta långvariga mottagningsbesök. Olyckligtvis registreras i officiell statistik endast läkarbesöken, som utgör bara en fjärdedel av alla besök. Kostnaderna för öppen vård är därför svåra att uppskatta.

Redan innan psykiatrireformen genomförs från 1995 har det skett fortsatta neddragningar av resurserna för psykiatrisk vård på olika håll i landet. Den offentliga psykiatriska vården kostade 1993 10,3 miljarder kr. och möjligen är kostnaderna för 1994 ännu lägre. Man får dock hålla i minnet att redovisningen av långvariga vårdtillfällen är bristfällig och att det inte är säkert att alla psykiatrins kostnader finns upptagna i Landstingsförbundets statistiska sammanställningar.

I inledningen har redovisats olika faktorer som beräknas ställa ökade krav på resurser för psykiatrisk vård. I den kommande beräkningen har det därför inte gjorts någon reducering utan utgångsvärdet är att resursbehovet för år 2010 är 11,77 miljarder kr. i 1995 års penningvärde som anges i tabell 2. I det följande görs försök att visa hur resursfördelningen kommer att behöva omfördelas år 2010 för att möta förändrade krav på psykiatriska vårdinsatser.

Psykiatrireformen

Under 1995 och 1996 skall landstingen överföra vissa verksamheter av social art från psykiatrin till kommunerna. Ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter enligt vissa regler har införts. Kommunerna skall i fortsättningen svara för socialt stöd men även för särskilt boende och viss hälso- och sjukvård för långvarigt psykiskt störda. I samband med denna reform kommer en ekonomisk reglering att ske så att kommunerna tillförs medel från landstingen för att kompensera för de nya uppgifter som läggs på kommunerna.

Eftersom psykiatrireformen i sin helhet ännu inte är genomförd kan inga exakta data erhållas om storleken på de belopp som skall föras över från psykiatrin till kommunerna. Det torde röra sig om cirka 15 procent av psykiatrins totala budget eller omkring 1,77 miljarder kr.

Resursbehov för schizofreni och andra funktionella psykoser

I redovisningen av aktuella utvecklingstendenser framhålls att år 2010 torde gruppen långvarigt och allvarligt psykiskt störda ha minskat och flertalet av de långvarigt psykiskt störda ha mindre uttalade funktionshinder än i dag. En risk som påpekas är att missbruk av olika beroendeframkallande medel kan öka i denna grupp. Även patienter som ådragit sig hjärnskador till följd av sitt missbruk och därigenom fått varaktiga och omfattande psykiska funktionshinder kan behöva särskilt boende. Behovet av platser i särskilda boendeformer beräknas till mellan 3 000 och 4 000. Kostnaderna för dessa beräknas till 1 100 kr/dag, vilket betyder totalt 1,2-1,6 miljarder kr. Därtill kommer kommunernas kostnader för socialt stöd, sysselsättning och arbetskooperativ i samverkan med brukarna samt för åtaganden enligt LSS.

Psykiatrin kommer även i fortsättningen att ha behandlingsansvaret för de psykiskt långtidssjuka, vilket ställer stora krav på insatser i form av besök av psykiatrer och psykologer i kommunernas särskilda boendeformer. För alla de långtidssjuka som inte har bostäder med särskilt stöd behövs även i fortsättningen mobila psykiatriska vårdteam, som svarar för dessa patienters psykiatriska behandling och stöd. Sannolikt kommer psykiatrin också att få stå för läkemedelskostnaderna till dessa patienter.

De nyinsjuknade schizofrenierna kommer år 2010 att behandlas intensivt i öppen vård. Den aktiva behandlingen blir säkert lika resurskrävande som dagens slutna korttidsvård. Vissa av dessa patienter kan också behöva tvångsvård eller heldygnsvård av andra skäl.

Förhoppningsvis gör de aktiva insatserna att patienterna mår bättre och inte är lika behandlingskrävande som i dag.

Dessutom finns en mellangrupp av patienter med återkommande psykoser som behöver stöd och behandling i både sluten och öppen vård. Schizofrena tillstånd kan debutera efter 70 års ålder men även andra psykotiska tillstånd hos äldre behöver behandlas.

Psykiatrins resursbehov för detta problemområde minskar med de resurser som överförts till kommunerna och beräknas dessutom något kunna sänkas genom ett aktivare behandlingsätt. Sammantaget uppskattas behovet till 1850 miljoner kr.

Resursbehov för depression och affektiv sjukdom

Depressionstillstånd har blivit allt vanligare i synnerhet bland män. Även bland dem som är över 65 år är depressioner ofta förekommande. Många av de äldre uppges i dag vara underbehandlade. Detta problemområde förväntas därför relativt sett växa. Vidare kan man räkna med att nya antidepressiva läkemedel tillkommer och att kostnaderna för dem blir högre än för dagens motsvarande läkemedel. Å andra sidan bör behandlingen kunna genomföras bättre och med mindre biverkningar. Detta bör kunna minska behovet av heldygnsvård för depressionspatienter. Ett aktivt arbete för att motverka självmord gör att vissa patienter ändå behöver heldygnsvård för övervakningens skull. Slutenvårdsbehovet sjunker men kostnaderna i öppen vård inkl. läkemedel stiger. Här ingår också kostnader för psykoterapier vid depressiva tillstånd. Totalt beräknas resursbehovet för detta problemområde öka till 2 500 miljoner kr.

Resursbehov för demenstillstånd

Den långvariga omvårdnaden av åldersdemenser är numera en kommunal uppgift. Inom psykiatrin sker viss utredningsverksamhet samt vård av vissa särskilt krävande fall av åldersdemens. På många håll sköts utredningen och behandlingen av demenstillstånd inom geriatriken. Psykiatrin har en viss konsultfunktion till geriatrik och kommunens hälso- och sjukvård när det gäller åldersdemens och liknande tillstånd. Resursbehovet minskar kraftigt i jämförelse med tidigare till ca 300 miljoner kr., främst till följd av att rätt få patienter med demens år 2010 vårdas långvarigt inom psykiatrin.

Resursbehov för ångesttillstånd

Ångesttillstånd är vanligt förekommande och många behandlas i primärvården. Svåra ångesttilstånd behöver dock bedömning och behandling av specialist i psykiatri. Nya läkemedel kommer att utvecklas till år 2010 på detta område, vilka förenklar behandlingen och förbättrar resultatet men ökar kostnaderna. För många av ångestpatienterna framstår en psykoterapeutisk behandling som mer påkallad, vilket bidrar till att kostnaderna beräknas öka. Inom denna grupp finns också äldre människor, vilket kan göra att resursbehovet växer. Resursbehovet för psykiatrisk vård på detta område beräknas till 1 200 miljoner kr.

Resursbehov för patienter med personlighetsstörningar

Många patienter med denna diagnos hör till missbrukarna eller till de patienter som är dömda att överlämnas till vård. Kvar blir en grupp som ibland kan behöva rätt mycket sluten vård genom sitt beteende eller sitt självdestruktiva sätt. Nya psykoterapeutiska metoder för behandling av vissa personlighetsstörningar är under utvecklande och kan förväntas ha gett möjligheter att på ett bättre sätt behandla och stödja denna patientgrupp år 2010. Detta bör minska resursbehovet till 400 miljoner kr.

Resursbehov för psykiskt störda lagöverträdare

Som påpekats i beskrivningen av rättspsykiatrisk vård finns på detta område stora behov. Man kan räkna med att antalet inneliggande till vård överlämnade patienter (inräknat LRV-patienter från kriminalvården) ökar till kanske 900, av vilka betydligt mer än hälften behöver vård på rättspsykiatriska regionenheter med de särskilda säkerhetsarrangemang som finns på dessa enheter. Vidare måste psykiatrin satsa på ett förbättrat stöd åt människor som är intagna i kriminalvården och som har psykiska sjukdomar och problem. För denna kategori behövs både möjligheter till sluten vård i begränsad omfattning och psykiatrisk konsultverksamhet riktad mot kriminalvården. Resursbehoven förväntas öka kraftigt till 1 000 miljoner kr.

Resursbehov för missbrukarvård

Vården av missbrukarna tar en stor andel av de totala resurserna. När det gäller detta område är det speciellt svårt att ställa prognoser. Risk finns för att missbruket ökar under de kommande åren. Beroendepsykiatrer hävdar att resurserna behöver förstärkas och att hälso- och sjukvården skall sköta en större del av missbrukarvården. Socialtjänsten torde även i framtiden komma att ha huvudansvaret för missbrukarvården men behöver konsultstöd av psykiatrin och primärvården.

I samband med psykiatrireformen får kommunerna även ansvaret för missbrukare med kvarstående hjärnskador och andra svåra psykiska störningar som ger långvariga och omfattande funktionshinder. Resurserna för dem överförs vid den ekonomiska regleringen. År 2010 kommer inte missbrukare att långvarigt vårdas inom psykiatrisk sluten vård enbart för sitt missbruk. Uppskattningsvis behövs 1 050 miljoner kr. för denna problemgrupp år 2010.

Resursbehov för barn och ungdomar

Barn- och ungdomspsykiatrin är bekymrad över dagens situation och uppger sig ha allt fler vårdsökande. De gemensamma resurserna i socialtjänst och hälso- och sjukvård för barn och ungdomar torde dock kunna användas mer effektivt genom bättre samordning. En särskild organisation för ungdomar i åldern 15-25 år i gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri skulle sannolikt även bidra till ett effektivare resursutnyttjande. Resurser behövs också för stöd till barn, vars föräldrar är missbrukare eller har en psykisk sjukdom. En parlamentarisk kommitté skall se över bl.a. samordningsproblemen. En viss uppräkning av resursbehoven görs till 950 miljoner kr.

Resursbehov för övriga grupper

Det finns vissa till antalet små men kostnadskrävande patientgrupper såsom patienter med allvarliga ätstörningar, som kan behöva årslånga behandlingskontakter, och psykiskt utvecklingsstörda med komplicerande psykisk sjukdom, vilka kan kräva intensiva insatser i heldygnsvård.

Primärprevention för att förebygga psykisk ohälsa har inte medräknats eftersom huvuddelen av sådana program faller utanför

psykiatrins ansvarsområde. Sekundärpreventiva åtgärder hör hemma inom de olika problemområdena.

I det psykiatriska arbetet ingår också att göra utredningar och skriva utlåtanden samt att samverka med vårdgrannar och andra myndigheter. För allt detta beräknas en viss ökning av resursbehoven eller 750 miljoner kr.

Sammanställning av resursbehoven år 2010 jämfört med resursbehoven år 1991 för olika problemområden

Tabell 3. En sammanställning av beräknade resursbehov för de olika problemområdena utgående från tillgängliga data för år 1991 och uppskattade resurser i enlighet med de redovisade utvecklingslinjerna för dessa problemområden år 2010

Problemområde	1991	2010	2010 Proc.	Förändr.
Schizofreni o.a. psykoser	4025	1850*	16	-2175
Kommunernas medel	0	1770	15	+ 1770
Depression o. affekt.sjd.	1720	2500	21	+ 780
Demenstillst.	1000	300	2	- 700
Ångesttillst.	870	1200	10	+ 330
Personl. störda	660	400	3	- 260
Dömda till vård	480	1000	8	+ 520
Missbrukare	1440	1 050*	9	- 390
Barn och ungdom	905	950	8	+ 45
Övriga	666	750	6	+ 84
Summa	**11766**	**11770**		**+ 4**

* Huvuddelen av de patienter som kommunerna numera vårdar kommer från dessa problemområden

I tabell 3 redovisas en sammanställning av de uppskattade resursbehoven för de olika problemområdena utifrån en ram på 11,77

miljarder kr. Detta är kostnaderna för sjukvårdshuvudmännens psykiatriska vård och de medel som enligt beräkningarna överförts till kommunerna vid regleringen av psykiatrireformen. Kostnaderna för läkemedel i den psykiatriska öppenvården beräknas till 100 miljoner kr. och för privatläkare till 200 miljoner kr. Dessa belopp ingår inte ovanangivna summor. Kostnaderna för psykoterapi hos privata psykoterapeuter är inte heller medräknade. De uppskattas till 387 miljoner kr. enligt enkätundersökningen 1990 men eftersom antalet legitimerade psykoterapeuter sedan dess kraftigt har ökat måste man räkna med betydligt högre kostnader i dag. Endast en del av kostnaderna gäller sådan psykoterapi som ges till människor som har klara psykiska störningar och som kan förbättras av denna behandling.

I rapporten framförs förslag om en psykologisk och social rådgivningsverksamhet med psykoterapeutisk inrikting för människor med livsproblem och relationssvårigheter. En sådan rådgivningsverksamhet skulle även kunna svara för krisintervention vid uppskakande händelser av olika slag. Kostnaderna för en sådan verksamhet utanför hälso- och sjukvården redovisas inte.

Ett annat sätt att beräkna resursbehoven år 2010

De beräkningar som görs utifrån Malmöhus läns landstings material handlar om kostnaderna för schizofreni och övriga psykoser men tar inte med i beräkningen icke psykotiska depressioner, ångesttillstånd, personlighetsstörningar och andra psykiska störningar som t.ex. barn- och ungdomspsykiatrins grupper.

För schizofreni och övriga psykoser minskar enligt dessa beräkningar kostnaderna från 7 899 miljoner kronor år 1994 till 7 610 miljoner kr. år 2010. Av kostnaderna år 2010 kommer ca 1 770 miljoner kr. att ha överförts till kommunerna som en följd av psykiatrireformen. Detta betyder att den specialiserade psykiatrins resurser för vård av schizofreni och övriga psykoser minskar mellan åren 1994 och 2010 med 26 procent.

Detta beräkningssätt omfattar endast två tredjedelar av psykiatrins resurser 1994. Tidigare i rapporten har visats att det sannolikt finns en besparingspotential just i gruppen schizofreni i storleksordningen tio procent för psykiatrin och kommunerna tillsammans. Samtidigt framhålls i rapporten att det inom flera andra områden såsom t.ex. när det gäller psykiskt störda lagöverträdare kan uppstå krav på betydande resursförstärkningar.

Appendix

Program för seminariet den 23 maj 1995 i HSU 2000 angående psykiatrins utveckling fram till 2010

Björn Sundström	Inledning
Börje Lassenius	Inledning
Hans Bergström	Brukarnas förväntningar på psykiatrin år 2010
Ann Stokland	Kommentarer
Bengt Ola Berggren	Hur inverkar samspelet mellan kommunens och psykiatrins insatser på det framtida resursbehovet?
Claes-Göran Westrin	Kommentarer
Göran Sedvall	Nya psykofarmakologiska behandlingsmetoder och psykiatrins resursbehov
Lars Jacobsson	Kommentarer
Ulf Brinck	Nya psykoterapeutiska och psykosociala behandlingsmetoder och psykiatrins resursbehov
Ingalill Hallberg	Kommentarer
Riyadh Al Baldawi	Hur påverkar Sveriges förändring mot ett mångkulturellt samhälle psykiatrin år 2010?
Lars-Olof Ljungberg	Kommentarer
Johan Cullberg	Insatser och resurser för patienter med schizofreni år 2010
Ann-Christine Odelius	Kommentarer

Sten Levander	Resursbehov för vård av psykiskt störda lagöverträdare
Helena Silfverhielm	Kommentarer
Per-Anders Rydelius	Barn- och ungdomspsykiatrins resursbehov år 2010
Gunilla Román	Kommentarer
Ulla Pettersson	Behov av insatser och resurser inom psykiatrin för vård av narkomaner år 2010
Mats Berglund	Behov av insatser och resurser inom psykiatrin för vård av personer med alkoholproblem år 2010

Bilaga 11
Psykosocial ohälsa – ett växande folkhälsoproblem

Kent Karlsson
Psykolog, Malmöhus läns landsting
Lund

Innehåll

Psykosocial ohälsa – ett växande folkhälsoproblem

Av Kent Karlsson

Ett förändrat sjukdomspanorama 139
Psykosociala faktorer och hälsa 140
Psykosocial ohälsa i primärvården 152
Framtida behov och insatser 156
Referenser 161

Psykosocial ohälsa - ett växande folkhälsoproblem

Av Kent Karlsson

Ett projekt med övergripande syfte att identifiera psykisk/psykosocial ohälsa i befolkningen pågår inom den miljö- och samhällsmedicinska verksamheten, Malmöhus läns landsting i samarbete med Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet. Arbetet omfattar i sin helhet tre studier och föreliggande artikel baseras bland annat på resultaten från en befolknings- och en allmänläkarstudie.

Ett förändrat sjukdomspanorama

Tre skeden har definierats i folkhälsans utveckling i den industrialiserade världen under 1900-talet av Hjort (1983, 1985) respektive Borgenhammar (1985, 1993). De först dominerande infektionssjukdomarna eller "fattigdomssjukdomarna", ofta av epidemisk karaktär har ett långt historiskt ursprung. Någon bot fanns så sent som i början av seklet inte att få för sjukdomar som t.ex. lungtuberkulos och difteri. Generellt var kunskapen om bakterier och dess smittspridande egenskaper relativt obetydlig, men växte i takt med medicinsk forskning. Trots det minskade lungtuberkulos långt innan det fanns tillgängliga läkemedel och vacciner (McKeown, 1976). Orsaken till infektionssjukdomarnas nedgång står framför allt att finna i betydelsefulla samhällsreformer. Genom förändringar i de politiska, ekonomiska och sociala villkoren kunde en rad förbättringar genomföras. Framför allt sanitära åtgärder, ändring i kostvanor och livsmedelshygien, vatten- och avloppshantering, förbättrad boendestandard samt personlig hygien, men även mödra- och barnhälsovården åstadkom dramatiska effekter på sjukdoms- och dödsorsaksmönstret.

Det andra skedet i folkhälsans utveckling karakteriseras av "miljö- och livsstilssjukdomar" respektive "vällevnadssjukdomar". Ofta har dessa komplikationer i form av t.ex. hjärtkärlsjukdomar och vissa cancerformer en multifaktoriell orsaksbild. Den totala livsstilen med

riskfaktorer som t.ex. tobaksrökning, hög fetthalt i kosten, högt alkoholintag och stress inverkar förödande på folkhälsan.

Det tredje skedet beskrivs i termer av "samsjukdomar" respektive "tillitsbristsjukdomar". "Det vill säga de sjukdomar som beror på att människor inte klarar av liv, samliv, samarbete och samhälle. Sjukdomarna yttrar sig i medicinska och sociala problem. Kurvan över förlorade levnadsår på grund av självmord stiger och visar att detta är realiteter" (Hjort, 1985). Det tredje skedet kännetecknas av individens oro, rädsla, ångest och känsla av otrygghet i tillvaron eller som Borgenhammar uttrycker det "av människans oförmåga att hantera livets osäkerheter och risker". Tre kategorier av tillitsbrist urskiljs; dels till sin egen person och förmåga att klara av besvärligheter i livet, dels till andra såsom familj och vänner, organisationer och system, dels till möjligheten att finna svar på existentiella frågor.

Psykosociala faktorer och hälsa

Psykosociala villkor är betydelsefulla för individers och gruppers hälsa. Befolkningsstudien i Malmöhus läns landsting har förutom frågor om hälsotillstånd och vårdkonsumtion inriktats på fyra psykosociala faktorer: boendemiljö, arbetsmiljö, socialt nätverk och känsla av livssammanhang (Karlsson, under bearb). De preliminära resultaten visar att 63 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–84 år varit exponerade för psykosociala påfrestningar under en 12-månadersperiod. De vanligaste påfrestningarna föreligger i samband med egen eller anhörigs sjukdom, familjeproblem, sorg i samband med nära anhörigs död och konflikt på arbetsplatsen.

Under samma tidsperiod har 47 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–84 år sökt olika vårdformer för besvär som definierats i studien. Bland de som sökt vård utgör de vanligaste besvären (ordningsföljd efter frekvens): allmän trötthet, värk i axlar, nacke, rygg eller armar, sömnbesvär, huvudvärk, ångest samt nedstämdhet. Besvären kan till stor del förmodas ha en psykosocial bakgrund.

Primärvården står för den ojämförbart största andelen med 30 procent av de vårdsökande i denna grupp. När det gäller andra vårdalternativ uppger 14 procent att de sökt lasarettsvård, 11 procent privat vård, 7 procent företagshälsovård, 4 procent alternativmedicin och 2 procent baspsykiatri. Kombinationer av olika vårdalternativ är relativt vanligt.

Patientgruppen i primärvården består av 57 procent kvinnor och 43 procent män. Den största andelen patienter i primärvården finns i åldersgruppen 20–44 år (36 procent). Återstoden av de vårdsökande i

primärvården fördelar sig enligt följande: 31 procent i åldersgruppen 45–64 år, 19 procent i åldersgruppen 65–74 år och 14 procent i åldersgruppen 75–84 år.

Av befolkningen i åldersgruppen 20–84 år har 8 procent under de senaste 12 månaderna regelbundet och 20 procent ibland tagit någon form av smärtstillande medel. Bland de som sökt vård är motsvarande andel 17 procent respektive 30 procent. Under samma tidsperiod uppger 4 procent av befolkningen att de regelbundet och 8 procent att de ibland tagit någon form av lugnande medel eller sömnmedel (vårdsökande: 9 procent respektive 14 procent). De som uppger att de tagit lugnande medel eller sömnmedel i mer än tre månader uppgår till 8 procent av befolkningen jämfört med 17 procent i den vårdsökande gruppen.

Boendemiljöns betydelse för hälsan

Industrialiseringen lösgjorde människan från det direkta beroendet av den egna jorden, vilket medförde en starkt tilltagande urbanisering. De djupgående samhällsförändringarna innebar att människans levnadsvillkor förändrades. Befolkningsmängden i städerna ökade dramatiskt och svåra sociala, ekonomiska och politiska problem uppstod. Bostadsproduktionen kunde inte hålla jämna steg med behovet och trångboddhet och dålig boendestandard blev till stora bekymmer. Befolkningstillväxten innebar också ökad sjuklighet och ett förändrat sjukdomspanorama. De hygieniska förhållandena var ännu under 1800-talets senare hälft och en bra bit in på 1900-talet bristfälliga i städerna. Ett fåtal städer hade tillfredsställande vattenlednings- och avloppssystem. Infektionssjukdomar härjade ofta och dödligheten var ofta avsevärt större i arbetarkvarteren än i andra delar av tätorten.

Det finns inte några enkla samband mellan boendemiljö och hälsa, utan det rör sig snarare om olika samverkande faktorer. Faktorer såsom socioekonomisk och demografisk struktur är av betydelse för förståelsen av hälsosituationen i olika bostadsområden. Människors uppfattning om sitt boendeområde och trivsel är också av betydelse genom att det skapar förutsättningar för utveckling av sociala nätverk. Två huvudförklaringar till sambandet mellan boendemiljö och psykisk ohälsa framstår som speciellt betydelsefulla. Den ena typen av förklaringar avser selektionsmekanismer på arbets- och bostadsmarknaden som leder till en urvalsprocess vid flyttning till och ifrån vissa bostadsområden. Den andra typen av förklaringar innebär att den fysiska och sociala miljön i ett bostadsområde är bristfällig och aktivt bidrar till att skapa psykisk ohälsa.

Bostadsbeståndets sammansättning är av avsevärd betydelse för vilka som bosätter sig i respektive boendeområde. Fortsatta differentieringsprocesser på bostadsmarknaden har medfört att skillnader med avseende på t.ex. hälsosituation och dödlighet alltjämt kan påvisas mellan olika stadsdelar och boendeområden. Faris och Dunham (1939) konstaterade tidigt att människors ekonomiska, sociala och hälsomässiga situation har stor betydelse för i vilka boendeområden man bosätter sig. Studien visade att prevalensen i schizofreni var avsevärt högre än förväntat i bostadsområden som präglades av social instabilitet. När sjuka människor marginaliseras i samhället påbörjar de en flyttningsprocess som till slut medför att de återfinns i sämre bostadsområden eller rent av i slumområden.

Leightons (1963) studier om social desintegration uppmärksammade förhållandet mellan brister i boendesituationen och psykisk ohälsa. Med social desintegration avsåg Leighton i enlighet med Durkheims (1897, sv. övers. 1983) definition, ett samhälle som karakteriseras av att det sociala nätverket är bristfälligt och att boendemiljön består av relativt många isolerade och kontaktfattiga människor. Social desintegration ger förutsättningar för en sårbarhet som, i kombination med dramatiska livsförändringar i form av separation, arbetsförlust, sjukdom och dödsfall eller med allmänna påfrestningar som att exempelvis vara ensamstående förälder eller arbetslös, ökar risken för psykisk ohälsa och psykosomatiska besvär. Senare studier av Dalgard (1980) identifierade psykiatriska högriskgrupper i nyetablerade förortsområden i Oslo. Boendeområdena karakteriserades av höghusbebyggelse med ringa vegetation. Befolkningen bestod i stor utsträckning av unga familjer med barn och med relativt låga inkomster. Vid intervjuer framkom att 29 procent av befolkningen i dessa områden var troliga psykiatriska fall. Dessutom fann man att 21 procent någon gång uppsökt psykiater och att 10 procent gjort det under den senaste femårsperioden. Resultaten stod i skarp kontrast till fynd i villasamhället där ca 9 procent bedömdes vara psykiatriska fall, 8 procent hade någon gång uppsökt psykiater och 1 procent under de senaste fem åren. Övriga typer av bebyggelse fördelade sig på radhus-, äldre flerbostads- och "gammelbyområde". Studien visade även att det sociala nätverkets omfattning och kvalitet var bäst i villa- och radhusområdet, medan höghusområdet hade det sämsta sociala nätverket.

Liknande resultat har erhållits i Sverige av Diderichsen (1981) och Cullberg et al (1981; 1983). Av den sistnämnda referensen framgår att en mycket stor andel av de psykiatriska patienterna i Nacka var bosatta i yngre lågstatusområden, och att omflyttningen i dessa områden var så hög som ca 50 procent per år. En fjärdedel av invånarna var utländska medborgare, 40 procent av barnen levde med en förälder och medelinkomsten var under genomsnittet. Antalet konstaterade suicidförsök var

sex gånger högre i de unga lågstatusområdena i jämförelse med övriga undersökta områden. Även antalet fullbordade suicider och andelen missbrukare var högre i lågstatusområdena. Studierna visade också att psykiatriska patienter flyttade i mindre omfattning från lågstatusområdena, vilket medförde en ansamling av personer med psykiatriska problem i dessa boendeområden.

En stor andel av primärvårdens resurser åtgår generellt till patienter med psykosocial problematik (Karlsson, 1994). Toivanen (1982) kartlade alla som sökte offentlig vård från ett delområde av lågstatuskaraktär i Nacka och fann att 35 procent av patienterna som sökt hjälp vid distriktsläkarmottagningen under en tvåmånadersperiod bestod av helt eller delvis psykologiska/psykosomatiska fall.

Frivillig flyttning i syfte att t.ex. få en bättre bostad eller ett bättre arbete innebär sällan några negativa hälsoeffekter. Många människor tvingas emellertid flytta till boendeområden av lågstatuskaraktär av ekonomiska och/eller arbetsmarknadsmässiga skäl och påtvingad flyttning har visat sig ge såväl sociala som hälsomässiga konsekvenser (Diderichsen, 1981; Åberg, 1980). Människor med tillräckliga resurser flyttar relativt snart till andra mer attraktiva boendeområden när det finns möjlighet. Människors olika förutsättningar utgör därmed en av orsakerna till segregationen i bostadsområdena. Erfarenheten visar dock att desintegrationen i de nya bostadsområdena i viss utsträckning kan minska över tid i takt med att de sociala nätverken byggs upp och stärks.

Preliminära resultat från studien i Malmöhus läns landsting visar att majoriteten av befolkningen (96 procent) i åldersgruppen 20–84 år är nöjd med sin boendemiljö. Tjugo procent av befolkningen anger emellertid att man inte har möjlighet att påverka sin boendemiljö. Majoriteten (84 procent) är nöjd med grannkontakterna, medan 4 procent är missnöjda och 11 procent har ingen kontakt med sina grannar. Yngre människor (20–44 år) är i högre utsträckning missnöjda med sin boendemiljö och kontakten med grannarna i jämförelse med äldre. Till andra grupper som är missnöjda med såväl boendemiljön som kontakten med grannarna hör ensamboende, invandrare, lägre socioekonomiska grupper, studerande, arbetslösa och långvarigt sjukskrivna/förtidspensionerade.

Tjugo procent uppger att de störs av buller i boendemiljön. Samma grupper som visar sig vara missnöjda med boendemiljön återkommer när det gäller besvär i form av buller. Cirka tre fjärdedelar (73 procent) anser att deras boendemiljö påverkar deras välbefinnande positivt, medan 22 procent anser att boendemiljön inte har någon betydelse för deras välbefinnande och 5 procent att välbefinnandet påverkas negativt.

Arbetets betydelse för hälsan

Arbetet intar en central roll i människans liv och har stor betydelse för självkänslan. Redan under 1600-talet uppmärksammade Ramazzini i sin bok "Om hantverkarnas sjukdomar" att vissa symtom kunde sammankopplas med speciella yrken och verksamheter (Ramazzini, 1991). Arbetsmiljöer som påverkar hälsosituationen negativt har traditionellt mest förknippats med olycksfallsrisker, buller, tunga lyft och farliga ämnen. Forskning under senare år har visat att även den psykosociala arbetsmiljön har betydelse för hälsan.

Modern arbetsmiljöforskning har visat på ett stort antal empiriskt fastställda samband mellan människors arbete och medicinska, psykiska och sociala reaktioner (Diderichsen, et al 1991; Glimell, 1990; Gustafsson & Kjellberg, 1983). Sverige har betraktats som ett föregångsland inom detta område såväl vetenskapligt som reformpolitiskt. Trots detta visar det sig att de främsta folkhälsoproblemen sannolikt är yrkesrelaterade och att hälsoskillnaderna ökar mellan olika yrkesgrupper (Diderichsen, 1991; Stockholms läns landsting, 1991).

Forskningsöversikter visar att vissa psykosociala arbetsmiljöfaktorer har stor betydelse för hälsan (Lundberg et al, 1991). Den enskilda faktor som visat sig ha störst betydelse är "möjligheten att påverka arbetssituationen". Denna faktor brukar även gå under beteckningar som t.ex. "beslutsutrymme" eller "kontrollmöjlighet" och innefattar två komponenter: möjligheten att lära och utvecklas i arbetet respektive möjligheten att påverka vad som ska göras och hur det ska göras. Andra psykosociala arbetsmiljöfaktorer som visat sig ha betydelse för hälsan är socialt stöd från arbetskamrater och chefer (Battié, 1989; Johnson, 1986; Theorell, 1990) och psykiska krav (Karasek & Theorell, 1990). Även arbetstiden i form av skift- och övertidsarbete inverkar på hälsosituationen (Lundberg et al, 1991). Kombinationen av höga krav och lågt beslutsutrymme i arbetet har speciellt visat sig kunna öka risken för allvarlig sjukdom (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) och försämrade hälsovanor (Green, 1988).

Såväl objektivt som subjektivt socialt stöd i arbetet anses ha stor betydelse för hälsan (Theorell, 1990). House (1981) har konstaterat att det finns starka samband mellan det upplevda sociala stödet i arbetet och olika självrapporterade somatiska och psykiska symtom. I Sverige har Orth-Gomér och Johnson (1987) försökt att åtskilja det sociala stödet i familjen från stödet på arbetet. I studien drogs bl.a. slutsatsen att det sociala stödet i arbetet var speciellt viktigt för medelålders män.

Svåra psykosociala arbetsförhållanden har tidigare i första hand ansetts vara vanligast i högre socialgrupper. Senare forskning har emellertid visat att psykosociala arbetsmiljöproblem finns i alla

socialgrupper. Det går således inte att med avseende på psykosociala arbetsmiljöfaktorer entydigt förklara olikheter i hälsa mellan olika socialgrupper. Litet beslutsutrymme eller små kontrollmöjligheter har dock påvisats ha samband med låg socialklass.

Psykiska besvär har hög frekvens i yrken med höga krav och lågt beslutsutrymme (Thålin, 1989). Vårdyrken som läkare, tandläkare, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden uppvisar däremot överrisk för suicid trots att de anger hög stimulansnivå i arbetet (Stefansson, 1989).

Avsaknad av arbete tenderar att bli en av 90-talets stora hälsorisker. Antalet arbetslösa har fördubblats mellan 1992 och 1994. I ett internationellt perspektiv är dock arbetslösheten i Sverige relativt låg. Svårigheterna att komma in på arbetsmarknaden utgör ett hot för många, framför allt för ungdomar, kvinnor och invandrare. Icke facklärda arbetare, lågutbildade och kroniskt sjuka är överrepresenterade bland de som blir utslagna från arbetsmarknaden. Ökad arbetslöshet, sjukfrånvaro och förtidspensionering bidrar därmed till de ökade klasskillnaderna (Lundberg et al, 1991).

Det är välkänt att nedsatt hälsa ökar risken för arbetslöshet. De flesta studier under senare år visar dessutom att arbetslösheten är en utlösande faktor för fysisk och psykisk ohälsa, och att arbetslösa generellt har en försämrad hälsosituation. Undantag kan vara människor som lämnat dåliga arbetsmiljöer eller som trots yrkesskador stannat kvar i arbetet. Under sådana omständigheter kan arbetslöshet upplevas som en lättnad (Warr, 1984). Sannolikt är det också så att oron för arbetslöshet är ett mindre hot för den person vars möjligheter att få arbete igen är relativt stort. Studier har även visat att hälsosituationen på kort sikt påverkas som mest under den osäkra tid som föregår själva arbetslösheten, medan övergången till regelrätt arbetslöshet ofta innebär en tillfällig lättnad (Joelson & Wahlquist, 1987).

Epidemiologiska samband mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa är väl kartlagda. Ett flertal forskningsöversikter (Lehtinen, 1984; Wahlquist, 1984; WHO, 1985) och den senaste folkhälsorapporten (SoS-rapport, 1994:9) samt Folkhälsogruppens skrifter (Janlert, 1993; Konarski, 1992) har behandlat ämnet. I en av de nämnda referenserna konstateras bl.a. "att arbetslöshet är ett allvarligt hot mot folkhälsan." ..."Ångest och oro, depressioner, ökad alkohol- och tobakskonsumtion, stress, förhöjt blodtryck, olika kroppsliga och psykiska sjukdomar, ökat sjukvårdsutnyttjande, ja till och med en förhöjd dödlighet kan noteras som troliga effekter av arbetslöshet" (Janlert, 1993). Arbetslösa kvinnor har 4,5 gånger högre risk att utveckla en depression i jämförelse med kvinnor som har ett arbete (Hall & Johnson, 1988). Kombinationen av arbetslöshet och brist på socialt stöd ökar risken för depression. Studier i Luleå (Hammarström, 1986) pekar också på att det finns ett samband mellan arbetslöshet och alkoholmissbruk. Studier

visar dessutom att arbetslöshet får effekter i form av ökad sjukvårdskonsumtion och läkemedelskonsumtion (Bakken, 1985). En folkhälsoundersökning i Stockholms läns landsting visar att 30 procent av de arbetslösa som besökt primärvården drabbats av psykosomatiska symtom i form av magbesvär och led- eller muskelvärk (Diderichsen et al, 1994).

Preliminära resultat från studien i Malmöhus läns landsting visar att en majoritet av den yrkesverksamma befolkningen (93 procent) är nöjd med sitt arbete. Två tredjedelar uppger dessutom att de ofta känner tillfredsställelse över hur de klarar av sina arbetsuppgifter. Majoriteten av de yrkesverksamma (91 procent) anser att de kan påverka rutiner och arbetssätt på sin arbetsplats. Män anger i högre utsträckning i jämförelse med kvinnor att de kan påverka rutinerna på arbetsplatsen, medan äldre människor i högre utsträckning än yngre anger att de inte kan påverka sin arbetssituation. Även ensamboende, arbetare, lågutbildade och invandrare uppger i högre utsträckning att de inte kan påverka arbetssituationen.

En majoritet av de yrkesverksamma (92 procent) anser att samarbetet och gemenskapen på arbetsplatsen är tillfredsställande. Någon skillnad mellan könen finns inte i detta avseende. Emellertid uppger drygt 22 procent att man varit involverad i en allvarlig konflikt på arbetsplatsen under den senaste 12-månadersperioden. Män anger i högre utsträckning i jämförelse med kvinnor att de råkat ut för någon arbetskonflikt, medan äldre människor i högre utsträckning än yngre anger att de inte varit involverad i någon konflikt. Ensamboende, högutbildade och tjänstemän anger i högre utsträckning att de varit involverade i någon konflikt på arbetet.

Drygt 43 procent av de yrkesverksamma uppger att man har vetskap om förändringar på arbetsplatsen som kan komma att påverka dem och 11 procent finner anledning att tro att de kan bli arbetslösa. Kvinnor anger i högre utsträckning än män att förändringar på arbetsplatsen kan komma att påverka dem, medan äldre människor i högre utsträckning än yngre anger att de inte känner till några förändringar. Högutbildade och tjänstemän uppger i högre utsträckning att man kan komma att påverkas av förändringar på arbetsplatsen.

Knappt två tredjedelar (64 procent) av de yrkesverksamma anser att arbetsmiljön påverkar deras välbefinnande positivt, medan 21 procent anser att arbetsmiljön inte har någon betydelse för deras välbefinnande och 15 procent att välbefinnandet påverkas negativt.

Det sociala nätverkets betydelse för hälsan

Stöd från sociala nätverk utgör en betydande resurs då det gäller att hantera svåra livssituationer och har stor betydelse för såväl den fysiska som psykiska hälsan. Vad som per definition avses med socialt stöd råder det emellertid inte fullständig enighet om. Vissa forskare anser att tillgången på vänner i vissa livssituationer utgör det sociala stödet (Johnson & Sarason, 1979), medan t.ex. Caplan och Killilea (1976) utgår från ett kristeoretiskt perspektiv där vänskap och tillgivenhet får en primär betydelse. Upprätthållande av social identitet, emotionellt, informativt och materiellt stöd och möjligheter att skapa nya sociala kontakter utgör viktiga beståndsdelar i det sociala stödet (Walker et al, 1977). Alla mänskliga kontakter och bindningar är emellertid inte stödjande. Sociala nätverk kan variera såväl i storlek som i intensitet och kvalitet. Socialt stöd kan därmed beskrivas utifrån både kvantitativa och kvalitativa egenskaper (Coyne & Lazarus, 1980).

Vilken egenskap av det sociala stödet är viktigast för hälsan? Studier av Schaefer et al (1981) visar att de kvalitativa egenskaperna, dvs det upplevda sociala stödet, har störst betydelse för hälsan. I en studie av Orth-Gomér (1990) gjordes en uppdelning av materialet från ULF-undersökningarna i tre grupper efter storleken på individernas sociala nätverk. Vid jämförelse av grupperna fann man att dödligheten var störst i den grupp som hade det minsta sociala nätverket. Dödligheten var mindre och ungefär lika stor i de grupper som hade "lagom stora" eller "mycket stora" sociala nätverk. Liknande fynd har erhållits i andra studier (Berkman & Syme, 1979; Kaplan et al, 1988). Att ha många och täta kontakter är således inte bättre för hälsan än att ha en lagom mängd.

I enlighet med House (1981) kan det sociala stödet antingen ha en buffertverkan eller vara av kompenserande karaktär. Det förstnämnda innebär att det sociala stödet har en skyddande effekt när den enskilde individen utsätts för påfrestande livssituationer. Det sociala nätverket kan t.ex. reducera stressrelaterad ohälsa genom att stödja hälsofrämjande beteenden och får på så sätt betydelse för hälsotillståndet (Berkman & Syme, 1979; Cohen, 1988). Den kompenserande funktionen innebär att de människor som vuxit upp och lever i goda sociala nätverk får större motståndskraft mot påfrestningar. I enlighet med Cassels (1976) sårbarhetsteori förstärker det sociala stödet individens generella motståndskraft och bidrar därmed till att den enskilde individen är bättre rustad om en besvärlig livssituation uppkommer.

Sammanfattningsvis visar epidemiologisk forskning att få relationer och svaga nätverk ökar risken för sjukdom och för tidig död. Stora skillnader föreligger dock mellan olika undergrupper i befolkningen. Dåligt socialt stöd uppvisar samband med självrapporterad psykisk ohälsa, ångest, depression och självmord (Broadhead et al, 1983; Cohen & Willis, 1985). Den numera klassiska Alameda County-studien visade att människor med svagt socialt nätverk hade den högsta dödligheten i jämförelse med de som hade ett bättre utvecklat socialt nätverk (Berkman & Syme, 1979; Sagan, 1987).

En stor andel människor som är i behov av stöd saknar eller har ett dåligt fungerande socialt nätverk (Caplan, 1974). Det sociala nätverkets beskaffenhet formas bl.a. av närmiljön. Cullberg et al (1981; 1983) visade att många ensamstående småbarnsföräldrar och invandrare var starkt isolerade. De hade mycket begränsade möjligheter att skapa sociala relationer på grund av den höga omflyttningsfrekvensen i ett boendeområde av höghuskaraktär i Nacka. Det sociala nätverket står för mycket av det informella stödet i människors liv. Studier i såväl Göteborg (Welin et al, 1985) som i Malmö (Hanson, 1988; Hanson & Östergren, 1987) visar att social desintegration i form av bristfälliga formella (offentliga) och informella (personliga) strukturer ökar risken för sjukdom och död. Studien i Malmö visade t.ex. att ensamboende män hade ett sämre utvecklat socialt nätverk och ett sämre socialt stöd i jämförelse med sammanboende män. Likaledes hade män i socialgrupp III ett sämre socialt nätverk och socialt stöd än män i socialgrupperna I och II. De ensamboende männen hade dubbelt så hög dödlighet jämfört med män som var sammanboende. Samma studie visade även att män som hade få eller inga nära vänner och släktingar att tala med, hade dubbelt så hög dödlighet som män med ett bra emotionellt stöd.

Kvinnor har som regel ett bättre socialt stöd i jämförelse med män och utnyttjar det också i större omfattning vid besvärliga livssituationer (Belle, 1987). Samma studie visar att män har större nätverk än kvinnor, men har mindre intensiva kontakter med sitt nätverk. Det sociala nätverket krymper som regel med stigande ålder, vilket bl.a. kan ses som en effekt av att man lämnar arbetslivet (Depner & Ingersoll-Dayton, 1988).

Studien i Malmöhus läns landsting visar att drygt 12 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–84 år inte har regelbunden kontakt med någon fast umgängeskrets. Cirka 6 procent har inte någon att anförtro sig åt och få stöd av vid sjukdom eller andra problem. Närmare 60 procent av de som inte har någon att anförtro sig åt önskar att de haft en nära vän. En av hundra uppger att de helt saknar kontakt med andra människor och cirka 7 procent samtalar endast med en eller två personer under en ordinär vecka.

Män anger i högre utsträckning i jämförelse med kvinnor att de inte har någon fast umgängeskrets eller någon att anförtro sig åt. Däremot har män fler kontakter under en ordinär vecka än kvinnor. En sannolik tolkning är att kvinnors nätverk är av mer kvalitativ karaktär, medan män har fler men mindre nära kontakter genom arbetet etc. Äldre människor uppger i högre grad i jämförelse med yngre att de inte har någon fast umgängeskrets och redovisar även färre kontakter under en ordinär vecka. Studien visar även att ensamstående, lågutbildade, invandrare, arbetslösa och långvarigt sjukskrivna/förtidspensionerade har ett tunnare socialt nätverk.

Livssammanhang och hälsa

Hur kommer det sig att många människor som utsätts för tillvarons påfrestningar förblir friska eller till och med växer och utvecklas som människor? Vad leder till hälsa? Den medicinska vetenskapen har huvudsakligen uppehållit sig vid faktorer som anses ge upphov till sjukdom – patogener. Finns det även friskfaktorer – salutogener? (Salus är hälsans och välfärdens gudinna i den romerska mytologin). Frågan formulerades av Antonovsky (1987) när han studerade en grupp medelålders judiska kvinnor. En del av dem hade suttit i koncentrationsläger under andra världskriget och samtliga hade upplevt tre krig i Israel. Antonovsky fann att 29 procent av de som upplevt fångenskap i koncentrationslägren hade en relativt god fysisk och psykisk hälsa jämfört med 51 procent av de övriga. Skillnaden är knappast förvånande. Att ha upplevt koncentrationslägrens fasor är givetvis en uppenbar riskfaktor för ohälsa senare i livet. Antonovsky ställde emellertid den motsatta frågan. Vad är det för faktorer som gör det möjligt att senare i livet må relativt bra trots att man i sin ungdom levt under extremt svåra omständigheter? Ett liknande exempel utgör de så kallade "maskrosbarnen" som trots att de vuxit upp under ogynnsamma villkor klarar sig bra och utvecklas till livskraftiga människor (Dahlin et al, 1990; Garmezy, 1981; Werner & Smith, 1982)

Det patogenetiska synsättet bygger på föreställningen om en grundläggande dikotomi mellan friska och sjuka människor. Synsättet koncentreras på den specifika sjukdomsdiagnosen eller på förebyggandet av en viss sjukdom, speciellt i vissa högriskgrupper. Antonovsky menar att vi alla, så länge det finns minsta liv, i någon bemärkelse är friska och förordar därför en omorientering till ett salutogenetiskt perspektiv där hälsan ses som ett kontinuum. Det salutogenetiska synsättet innefattar också att fokus förflyttas från att uteslutande

inriktas på en sjukdoms etiologi till att se människans totala livshistoria.

En av sjukvårdens uppgifter kan därmed kortfattat sägas vara att undersöka vad som befrämjar en utveckling mot hälsa och förstärka patientens inflytande över sin situation (Sullivan, 1989). Detta är inte minst viktigt med anledning av den stora andelen patienter med psykosocial ohälsa i primärvården (Karlsson, 1994). Symtomen består ofta av diffusa fysiska, psykosomatiska och/eller psykiska besvär, som inte överensstämmer med de normala diagnostiska kriterierna. Den bakomliggande problematiken kan ofta uttryckas i termer av ensamhets- respektive relationsproblematik.

Cullberg (1984) har beskrivit symtombilden som ett anomiskt syndrom, vilket kan beskrivas som "existentiella bristtillstånd, uttryck för brist på bärande mening, mål och grundtrygghet i tillvaron". Den anomiska människans sårbarhet, i form av bristande självkänsla i kombination med yttre påfrestningar, medför att relativt obetydliga symtom tenderar att få stora personliga proportioner. Förutom diffusa psykosomatiska besvär definierar Cullberg en rad andra tecken som kännetecknande för en anomisk personlighet: tendens till missbruk av läkemedel och/eller alkohol, önskemål om sjukskrivning, hög vårdkonsumtion, impulsreaktioner med suicidförsök och misshandel, bristande tillfredsställelse i de nära relationerna, inkonsekvent hållning mot barn och dålig självbild.

Antonovsky definierade via intervjuer en faktor som återkom hos människor som utsatts för påfrestande livssituationer, men klarat sig väl. Det som utmärkte dessa människor var att de hade en inre känsla av sammanhang som kunde ge motivation och hopp i svåra och utsatta situationer. Han drog slutsatsen att denna faktor var av avgörande betydelse för salutogenesen och att den grundlades tidigt i livet. Antonovsky (1987) har definierat "känsla av sammanhang" som "en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att, för det första, de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, för det andra, de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och, för det tredje, dessa krav är utmaningar, värda investeringar och engagemang".

Begreppet "känsla av sammanhang" (sense of coherence, SOC, sv förkortn KASAM) bildar en övergripande salutogen faktor som består av tre sammanvävda komponenter:

- att man uppfattar livet och livshändelser som förnuftsmässigt begripliga och inte som kaos ("comprehensibility")

- att man upplever att man har inflytande över sitt liv och inte är ett offer för olika omständigheter ("manageability")

- att man ser det meningsfulla även i svåra upplevelser, så att de blir värda en känslomässig investering ("meaningfulness").

Cullbergs beskrivning av ett anomiskt syndrom visar således tydliga tecken på likhet med låg känsla av sammanhang i Antonovskys mening.

Antonovsky har utvecklat ett frågeformulär som mäter känslan av sammanhang. Han hävdar att den som får höga poäng på KASAM-skalan har en hög stresströskel därför att de ser svåra upplevelser som en utmaning snarare än som ett hot, vilket innebär att situationen blir mindre påfrestande. Individens förhållningssätt till svårigheterna (coping) mobiliseras via egna resurser, kunskaper och det sociala stödet. "Känsla av sammanhang" har visat sig ha ett starkt positivt samband med fysiskt och psykiskt välbefinnande, högt självförtroende och hög livskvalitet och ett starkt negativt samband med ångest och vissa personlighetsdrag (Antonovsky, 1993).

Studien i Malmöhus läns landsting visar att en majoritet av befolkningen (96 procent) i åldersgruppen 20–84 år anser att deras dagliga liv är meningsfullt och att de känner hoppfullhet inför framtiden (92 procent). Män anger i högre utsträckning i jämförelse med kvinnor att deras dagliga liv inte är meningsfullt, medan förhållandet är omvänt när det gäller tron på framtiden. Till andra grupper som i högre utsträckning anger att det dagliga livet inte är meningsfullt och att man saknar framtidstro hör äldre människor, invandrare, ensamboende, arbetslösa, långvarigt sjukskrivna/förtidspensionerade och människor med låg utbildning och socioekonomisk nivå.

En tredjedel av befolkningen uppger att de vill förändra sitt liv. Framför allt kvinnor, yngre människor, invandrare, arbetslösa, ensamstående och människor med hög socioekonomisk nivå samt hög utbildning ger uttryck för detta. Dessa olika grupper har behovet av förändring gemensamt, men kanske inom olika livsområden. Såväl kvinnor som män anger i första hand att man vill förändra sitt liv genom att byta arbete eller att få till stånd förändringar i nuvarande arbete. I övrigt betonar kvinnor förändringar som berör studier, fritidsintressen, familj, hälsa och sociala kontakter, medan män lägger tonvikten vid förändringar som rör ekonomi, boende, fritid och familj. Män och kvinnor ger således uttryck för såväl gemensamma som skilda livsvärderingar.

Psykosocial ohälsa i primärvården

En stor andel av de patienter som uppsöker primärvården har psykiska eller psykosociala problem (Burvill, 1990; Goldberg et al, 1976; Hansson et al, 1993; Kebbon et al, 1985). Det är dock relativt få som remitteras till psykiatrin (Goldberg & Huxley, 1980; Hemström & Stefansson, 1991; Swartling et al, 1987). En orsak till detta kan vara att klart avgränsade psykiatriska fall är relativt ovanliga i primärvården (Cooper, 1990). Istället rör det sig om en heterogen patientgrupp utan någon skarp gräns mellan hälsa och sjukdom.

Vissa resultat är tämligen överensstämmande i olika studier. Kvinnor har i jämförelse med män högre andel psykisk ohälsa och till andra relativt samstämmigt identifierade grupper hör skilda, ensamstående och arbetslösa (Goldberg et al, 1976; Hansson et al, 1994a; Shepherd et al, 1966). Kvinnors psykosociala problem består i större utsträckning av familjeproblem, medan män anger arbetsplatsproblem (Marino et al, 1990). Relationsproblem inom familj och yrkesliv har även visat sig vara den dominerande orsaken till besök vid psykoterapeutisk teamverksamhet inom primärvården (Faresjö et al, 1992). Studier har även visat att primärvårdspatienternas psykiska ohälsa beror på en interaktion av psykologisk sårbarhet, yttre stress och bristande socialt nätverk (Hansson et al, 1994a).

Olika symtom och besvär uppfattas av den enskilde individen som tecken på sjukdom, vilket helt logiskt medför att denne uppsöker läkare. Att få en omsorgsfull medicinsk bedömning utgör därvid en grund för vårdsökandet. Det finns dock en tendens inom hälso- och sjukvården att i alltför hög utsträckning betona somatiska symtom och undvika de psykosociala problemen (Kebbon et al, 1985). Genom att endast utesluta organfel förloras den symboliska innebörden i patientens symtompresentation. Tidig upptäckt och adekvata åtgärder med avseende på psykisk ohälsa är av stor betydelse och kan motverka känslor av otillfredsställelse hos såväl patient som vårdpersonal samt ett upprepat vårdsökande till höga kostnader. Å andra sidan får inte livsproblem medikaliseras i syfte att rättfärdiga beslutet om att erbjuda hjälp. Det gäller alltså att identifiera psykiska och psykosociala problem som sådana, sedan psykiatriska och primärt somatiska sjukdomar uteslutits.

Läkarens möte med patienten

Av studien i landstingsområdet framgår att allmänläkarna bedömer att 27 procent av de manliga och 37 procent av de kvinnliga patienterna som besökt primärvården under en 12-månadersperiod haft problem som helt eller delvis har psykosociala orsaker (Karlsson, 1994). Kvinnliga patienter bedöms generellt ha en högre andel psykosocial problematik än manliga patienter. Psykosociala problem anses vanligast bland kvinnor i åldersgruppen 25–44 år och bland män i åldersgruppen 45–64 år.

Allmänläkare med psykosocialt intresse och kvinnliga läkare bedömer att en signifikant högre andel av patienterna har psykosocial problematik i jämförelse med allmänläkare med biomedicinskt intresse respektive manliga läkare. Kombinationen kvinnliga läkare med psykosocialt intresse redovisar högst andel patienter med psykosocial problematik, medan manliga läkare med biomedicinskt intresse redovisar den lägsta andelen.

Av de definierade besvären/symtomen uppger 68 procent av allmänläkarna att värk i axlar, nacke, rygg, eller armar är vanligast. Ytterligare besvär som ofta förekommer är allmän trötthet och en besvärsbild med flera symtom samtidigt. Den psykosociala problematiken som allmänläkarna möter består främst av ensamhet/isolering. Dessutom anger läkarna att patienterna har problem i familjerelationen och i samband med konflikter på arbetsplatsen.

Allmänläkarnas klassificering av patienter, som på grund av psykosociala problem svårligen går att ge en medicinsk diagnos, är heterogen och ger uttryck för skilda uppfattningar om psykosocial problematik. Klassificeringen sker huvudsakligen inom åtta kategorier: symtomdiagnoser, allmän medicinsk undersökning, psykosomatiska besvär, socialmedicinska problem, psykiatrisk störning, krisreaktion, funktionella besvär och ofullständigt definierade tillstånd. Endast cirka en tredjedel av allmänläkarna utnyttjar tilläggsklassifikationen "Socialmedicinska problem och relationsproblem" vid registrering av besöksorsak.

Den biopsykosociala modellen (helhetssyn) får ett massivt stöd av allmänläkarkåren. Samtliga allmänläkare, utom en, ställer sig bakom påståendet att det vid fastställandet av en diagnos är lika viktigt att beakta psykologiska och sociala som biomedicinska aspekter på patienternas problem. Det framgår emellertid att allmänläkarna i hög utsträckning klassificerar patientens besvär i form av symtomdiagnoser. Detta innebär sannolikt att allmänläkarna teoretiskt sett accepterar den biopsykosociala modellen, men att den biomedicinska begreppsapparaten trots allt dominerar i det kliniska arbetet.

Åtgärder och samarbete

Allmänläkarstudien visar att merparten av läkarna (62 procent) prioriterar behandlande insatser, medan betydligt färre (44 procent) anser att patienter med psykosocial problematik är en uppgift för primärvården ur förebyggande synpunkt. Om läkare som uppger en något tveksam inställning till respektive insats inkluderas, utjämnas i viss mån skillnaden mellan det behandlande och förebyggande perspektivet.

Två tredjedelar av läkarna anser att den tid som står till förfogande för enskilda patienter med psykosocial problematik är otillräcklig. Trots bristen på tid anser allmänläkarna, framför allt kvinnliga läkare, att kvaliteten i patient-läkarmötet är god. Detta återspeglas av det faktum att 68 procent uppger att primärvården har goda möjligheter att ge stöd åt patienter med psykosocial problematik.

Den vanligaste åtgärden vid psykosocial problematik är att den behandlande läkaren tar hand om patienten. Av de andra åtgärdsalternativen i studien betonas framför allt samarbetet med sjukgymnast och sjuksköterska. En relativt liten andel av de psykosociala problemen åtgärdas av specialistkonsult (psykolog, kurator och annan specialistläkare).

De flesta allmänläkarna (94 procent) uppger att externa samarbetsformer förekommer för att åtgärda psykosocial problematik. Allmänläkarnas samarbetspartner finns framför allt inom försäkringskassa, baspsykiatri och socialtjänst. En majoritet av läkarna anser att samarbetet fungerar bra. Samarbete med privata vårdgivare, kyrkan och ideella organisationer anges endast av en liten andel av allmänläkarna. Cirka hälften av de läkare som uppger att samverkan förekommer vid vårdcentralen anger att man har en gemensam strategi i samarbetet. De rehabiliterande och individinriktade perspektiven dominerar.

Med anledning av den många gånger komplexa problematiken bör lokala samverkansformer mellan primärvård och baspsykiatri utvecklas. I sammanhanget är det även relevant att utveckla förbättrade samverkansformer mellan primärvård och socialtjänst/kyrka/-organisationer då en stor del av de psykosociala problemen består av ensamhetsproblematik respektive relationsproblem inom familjen och arbetsplatsen.

Avgränsningsproblematik

En primär frågeställning för hälso- och sjukvården är hur man ska möta vårdbehovet med avseende på psykisk/psykosocial ohälsa. Uppfattningarna delar sig mellan de som anser att vårdbehovet bör ingå i

allmänläkarens uppgifter och de som hävdar att kuratorer och psykologer med sina respektive kompetensområden har en naturlig funktion i sammanhanget (Beronius, 1987; Essvik et al, 1992).

Då patienter med bakomliggande psykisk och psykosocial problematik utgör ett komplext och ofta tungt vårdområde har det hävdats att psykologisk och psykosocial kompetens i högre grad än vad som är fallet borde integreras i somatisk sjukvård och primärvård (Andersson, 1989; Danielsson et al, 1987; Wijma, 1988). En framtida inriktning på psykosocialt förebyggande insatser, psykoterapeutiskt arbete och handledarskap i Balintgrupper för läkare och annan vårdpersonal skulle därmed i högre grad kunna tillgodoses.

Oavsett ståndpunkt är det betydelsefullt att avdramatisera symtom och besvär som gäller psykosocial ohälsa i befolkningen. Den heterogena patientgrupp som det rör sig om är ofta inte primärt vare sig ett medicinskt eller psykiatriskt problem. Psykiatrin har dock en speciell roll i sammanhanget. Inom psykiatrin finns en fördjupad kompetens för diagnostik och behandling av mer komplicerade tillstånd. Psykiatrisk konsultation kan vara relevant för att utreda fall med gränsproblematik. I övrigt bör allmänläkaren med sin inriktning på ett oselekterat patientmaterial, i jämförelse med organspecialister ha goda förutsättningar att hantera denna patientgrupp.

Människor med psykologiska eller psykosociala problem vänder sig ofta till sjukvården, framför allt primärvården, i brist på andra instanser och personliga nätverk. Tidig upptäckt och adekvata åtgärder i primärvården kan därför motverka ett upprepat vårdsökande till höga kostnader. Då sjukvårdens ekonomiska resurser emellertid inte kan motsvara alla förväntningar är även frågan om avgränsningar mellan olika huvudmän berättigad. Patientgruppens besvär är ofta av komplex natur med såväl medicinska, psykologiska och sociala inslag. Ett ökat samarbete mellan bl.a. primärvård och socialtjänst är därför önskvärd.

Ökad kompetens

I tidigare studier har primärvårdspersonalen bl.a. betonat behovet av ökade kunskaper för att bättre kunna bemöta psykosocial problematik (MLL, 1986; 1989). Allmänläkarstudien visar att en majoritet av läkarna (79 procent) anser att läkarutbildningen inte gav tillfredsställande kunskaper och insikter om psykologiska och psykosociala faktorer som påverkar hälsan (Karlsson, 1994). Endast 5 procent av allmänläkarna anser att utbildningen till fullo givit tillfredsställande insikter inom kunskapsområdet. Två tredjedelar anger emellertid att deras nuvarande utbildningsnivå och erfarenhet är tillräcklig för att ge

adekvat hjälp åt patienter med psykosociala problem. De läkare som anger att deras nuvarande kunskapsnivå och erfarenhet inte är tillräcklig (33 procent) önskar i första hand "ökade kunskaper","handledning" och "mer tid". "Ökade resurser" och "ökat samarbete" prioriteras något lägre. Hög prioritet ges utbildning i psykologi och psykodynamik, konsultationsteknik, existentiella frågor och psykosomatik.

En majoritet av allmänläkarna (87 procent) anser att det är viktigt att uppdatera sina kunskaper om psykologiska och psykosociala frågor. Denna åsikt förekommer framför allt hos läkare med psykosocialt intresse och bland de som har kortare erfarenhet. En femtedel av allmänläkarna deltar i Balintgrupper, framför allt kvinnliga läkare och läkare med psykosocialt intresse. Närmare 60 procent av de som inte deltar i Balintgrupp upplever ett behov av att delta i sådan verksamhet. Somatiseringsproblematik tar i anspråk betydande utrednings- och behandlingsresurser i primärvården och ställer krav på såväl diagnostisk förmåga som bemötandet av patienten. Interaktionen mellan läkaren och patienten är betydelsefull och av denna anledning bör en ökad Balintverksamhet stimuleras i syfte att vidareutveckla ett psykosocialt förhållningssätt i primärvården.

Det råder en relativt stor enighet i olika studier om att olika insatser för att höja kompetensen inom primärvården med avseende på patienter med dold psykisk ohälsa respektive psykosocial problematik sannolikt kan ge en högre grad av upptäckt och ett förbättrat omhändertagande av patientgruppen (Hansson et al, 1993; Marks et al, 1979). Studier av Johnstone och Goldberg (1976) har visat att om läkaren är medveten om de bakomliggande problemen accepterar patienterna i högre utsträckning hjälp och har färre symtom vid uppföljning.

Framtida behov och insatser

Sammanfattningsvis visar de preliminära resultaten från befolkningsstudien i Malmöhus läns landsting att en ansamling av psykosociala riskfaktorer sannolikt är knutna till definierade grupper i befolkningen. Förutom vissa ålders- och könsskillnader som delvis varierar hör ensamboende, arbetslösa, invandrare, långvarigt sjukskrivna/förtidspensionerade och människor med låg utbildning och socioekonomisk nivå till de mest psykosocialt utsatta grupperna. Andra studier har visat att de som är ensamboende och samtidigt antingen är arbetslösa/förtidspensionerade eller saknar kontantmarginal är inte bara exponerade för de påfrestningar som deras socialt utsatta livssituation innebär. De är i hög utsträckning även utsatta för flera riskfaktorer samtidigt som

t.ex. rökning, hög alkoholkonsumtion och övervikt (Diderichsen et al, 1994). Det är inte osannolikt att strukturella faktorer samvarierar med selektionsmekanismer såsom uppväxtförhållanden och identitetsutveckling, individuell sårbarhet, utbildningsnivå och ekonomiska faktorer och påverkar såväl livssituation som hälsosituation.

Mycket talar för att människor i en utsatt livssituation som t.ex. arbetslöshet riskerar att utsättas för ekonomiska svårigheter, glesare socialt nätverk, försämrad social förankring och bristande känsla av sammanhang, vilket kan ge upphov till psykiska symtom (Diderichsen, Fredlund & Norman, 1996). Andra effekter är försämrade levnadsvanor och missbruk samt ökad sjukvårds- och läkemedelskonsumtion. En fortsatt hög eller ökad arbetslöshet kommer sannolikt att ställa ökade krav på hälso- och sjukvården, framför allt primärvården. Därmed blir förebyggande åtgärder av avgörande betydelse för att minska sjukvårdsbehov och individuellt lidande. Ökad jämlikhet är ett överordnat mål i hälsopolitiken och insatser som medför att de sämst ställdas situation förbättras bör komma i första hand (Reg prop 1990/91:175). I ett folkhälsoperspektiv bör därmed insatser som är riktade till psykosocialt utsatta grupper ha hög prioritet (Karlsson, 1995). De grundläggande nyckelmekanismerna för att skapa bra levnadsvillkor i befolkningen är av strukturell karaktär och inbegriper alla samhällssektorer. Hälso- och sjukvården har i sammanhanget en betydelsefull roll som kunskapsförmedlare med avseende på ohälsans fördelning och som initiativtagare till olika samverkansinsatser. Hälso- och sjukvården bör även utforma specifika hälsopolitiska jämlikhetsstrategier för att reducera skillnaderna i ohälsa.

Strukturella insatser för att skapa förändringar i boendemiljön i syfte att minska segregationen, arbetsmarknadspolitiska åtgärder och att skapa stödjande miljöer och upprätta eller stärka sociala nätverk är betydelsefulla och nödvändiga. Fördelarna med strukturella åtgärder är att utsatta grupper kan prioriteras och att insatserna kan ge stora vinster i ett välfärdsperspektiv. Strukturella insatser måste emellertid utformas på ett sådant sätt att de skapar gynnsamma förutsättningar i samhället samtidigt som de tar hänsyn till den enskilde individens integritet och egenansvar. Frågan om vad som kan göras för arbetslösa i det vardagliga sjukvårdsarbetet har belysts av olika författare (Nilsson, 1991; Smith, 1986). Förslagen omfattar t.ex. ökad bevakning av lokala hälsorisker, kunskaper om patientens yrkes- och arbetsförhållanden för att tydliggöra hur psykosociala faktorer kan påverka symtomutvecklingen och insatser av stödjande karaktär genom samarbete med socialtjänst och frivilligorganisationer. Det är viktigt att primärvården har möjlighet att uppmärksamma psykiska/psykosociala problem som kan vara en följd av arbetslöshet eller andra faktorer.

Såväl de preliminära resultaten från befolkningsstudien som resultaten från allmänläkarstudien i Malmöhus läns landsting visar att cirka en tredjedel av patienterna i primärvården har psykiska/psykosociala problem. Kvinnor söker vård i högre utsträckning än män och bedöms också ha en högre andel ohälsa. Andra studier visar dessutom att kvinnors sätt att beskriva hälsotillstånd och symtom skiljer sig från männens, vilket kan påverka såväl bedömning som bemötande inom hälso- och sjukvården. Psykosocial problematik bland primärvårdspatienter är vanligast i yrkesverksam ålder (20–64 år), med en viss övervikt i åldersgruppen 20–44 år. Detta kan delvis bero på att de kvinnliga patienterna är fler och överväger i den yngre åldersgruppen. Det ska tilläggas att någon analys inte utförts för enskilt uppgivna symtom/besvär, vilket sannolikt kan ge upphov till vissa variationer med avseende på kön och ålder.

Kontaktorsakerna i primärvården domineras av en somatisk symtompresentation, men vårdbesöket kan även innehålla strukturellt betingade orsaker, relationsproblematik eller intrapsykiska problem. Majoriteten av patienterna har även en organiskt betingad sjukdom (Goldberg & Bridges, 1988). Medicinska och psykosociala faktorer vävs in i varandra. Problem i livssituationen ackompanjeras av psykosomatiska reaktioner och missbruk. Konsekvenserna är uppenbara. Man har t.ex. i en svensk studie funnit att 14 procent av de manliga patienternas primärvårdsbesök hade alkoholbakgrund (Romelsjö, 1983). Det har också visat sig att det inte är ovanligt att det funnits en somatisk kontaktorsak i primärvården en kort tid före en suicidhandling (Damsbo & Friborg, 1989; Granvik & Hallberg, 1985).

Sjukvårdens och samhällets kostnader för patienter med psykosocial ohälsa är sannolikt mycket hög, men svår att exakt uppskatta då det inte rör sig om någon klart avgränsad grupp. Somatiseringsproblematik är vanlig i primärvården (Bridges & Goldberg, 1985) och förekommer ofta vid depression och ångesttillstånd (Goldberg & Huxley, 1980). Hit hör patienter med diffusa, ofta multipla besvär och bestående symtom. Somatisering utgör ett komplext problem och upptar en stor andel av läkarens tid. Iatrogena faktorer i form av långa utredningar, upprepade behandlingsinsatser och utdragna processer om ersättningskrav från sjukförsäkringen kan vidmakthålla somatisering. Somatiseringsproblematiken är inte en fråga om antingen psykogent eller organiskt betingade besvär och utgör således ingen garanti för att patienten inte har eller utvecklar organiska sjukdomar. Medicinsk bedömning utgör därmed en viktig grund för vårdsökandet, men samtidigt är det betydelsefullt att problem som är av social eller psykosocial natur inte medikaliseras.

Det har hävdats att patienter med somatiseringssyndrom svarar för hälften av öppenvårdskostnaderna (Barsky & Klerman, 1983).

Sannolikt har patientgruppen en högre vårdtyngd än genomsnittet. Den totala hälso- och sjukvårdskostnaden för en patient med somatiseringssyndrom har beräknats vara nio gånger högre än för genomsnittspatienten och dessutom föreligger ett högre utnyttjande av sluten vård (Smith et al, 1986 a). Betydande ekonomiska vinster är sannolikt möjliga genom ett effektivare omhändertagande. Studier med speciella behandlingsstrategier för patienter med somatiseringsproblematik visar goda resultat när det gäller såväl minskad sjukvårdskonsumtion som förbättrad hälsostatus (Lidbeck, 1994; Rosen & Wiens, 1979; Smith et al, 1986 b).

Studier i såväl Sverige (Hansson et al, 1990; Swartling et al, 1987) som i andra länder (Goldberg & Blackwell, 1970; Goldberg et al, 1976; Goldberg & Huxley, 1980) har visat att en grupp patienter med psykiska besvär inte identifieras i primärvården. Studier i Sverige har även visat att patienter med psykisk ohälsa har ett högre utnyttjande av sjukvård, socialtjänst och sjukförsäkring än andra patientgrupper (Hansson et al, 1990). Vid en ettårsuppföljning framgick att patienter med fortsatta psykiska besvär hade en högre öppenvårdskonsumtion och mer än tre gånger så många sjukskrivningsdagar som övriga patienter. Långtidsfallen var även mindre tillfredsställda med primärvårdens insatser (Hansson et al, 1994 a). Kostnaderna för vård och sjukförsäkring under ettårsuppföljningen var dessutom betydligt högre i den grupp patienter med psykisk ohälsa som inte identifierats av allmänläkare i jämförelse med den grupp patienter som identifierats. Skillnaden kan framför allt relateras till högre sjukförsäkringskostnader i gruppen med dold psykisk ohälsa (Borgquist et al, 1993).

Det föreligger således starka samhällsekonomiska belägg för betydelsen av tidig identifiering av psykisk/psykosocial ohälsa. Studier av Marks et al (1979) har påvisat vissa faktorer som är avgörande för allmänläkarens möjlighet att upptäcka psykisk ohälsa, vilka är fullt möjliga att påverka. Goldberg (1990) har prioriterat tre utbildningsinsatser: konsultations- eller samtalsmetodik i syfte att erhålla kunskap om emotionella besvär som är förknippade med patientens symtom, ökade kunskaper för att avgöra besvärens svårighetsgrad och behovet av olika interventionsformer samt rådgivning till patienter med psykosocial problematik. Utbildningsprogram som genomförts för allmänläkare på Gotland med syfte att få en förbättrad identifiering och behandling av depressiva tillstånd har gett ett fördelaktigt resultat i termer av vårdutnyttjande, antal sjukdagar och suicidfrekvens. Den samlade besparingen uppskattades till 155 miljoner kronor (Rutz et al, 1992).

Med avseende på framtida insatser är sannolikt det viktigaste:

- att konkreta hälsopolitiska jämlikhetsstrategier för att reducera skillnaderna i ohälsa utformas och att kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer (friskfaktorer) integreras i ett sådant arbete
- att preventiva insatser i första hand riktas till utsatta och resurssvaga grupper såsom ensamboende/isolerade, arbetslösa, invandrare, långvarigt sjukskrivna/förtidspensionerade och människor med låg utbildning och socioekonomisk nivå. Även ojämlikheten i hälsosituationen mellan könen kräver förstärkta insatser. Av väsentlig betydelse är också primärpreventiva insatser som syftar till att skapa ökad självtillit bland barn och ungdomar och att öka förståelsen för att soma och psyke är en sammanhängande helhet
- att en helhetssyn befrämjas i all vårdutbildning och att socialpolitiska och beteendevetenskapliga perspektiv får en kraftfullare framtoning
- att psykologisk och psykosocial kompetens i högre grad integreras i somatisk sjukvård och primärvård
- att resurser för utbildnings- och utvecklingsinsatser inom det psykosociala området riktas till primärvården, vilket kan ses som sekundärpreventiva åtgärder. Kontinuerlig fortbildning, handledning och utveckling av nätverk mellan olika yrkesgrupper inom primärvården är några exempel på betydelsefulla insatser
- att samverkansformer i högre grad identifieras och utvecklas, framför allt genom ett ökat samarbete mellan primärvård, psykiatri, socialtjänst och försäkringskassa i syfte att få en ökad samordning av samhällets resurser och insatser.

Referenser

Andersson, S. I. (1989) Kliniska psykologer behövs i primärvården. Möjliggör ökad helhetssyn snarare än fragmentering. Läkartidningen, 32–33.

Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey–Bass Publishers. Sv. övers. Hälsans mysterium. NoK 1991.

Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med., 36.

Bakken, O. (1985) Uten arbeid – dårlig helse. En gjennomgang av litteraturen om arbeidsledighetens helsemessige konsekvenser. Rapport nr 2. Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo.

Barsky, A. J., Klerman, G. L. (1983) Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 140:3.

Battié, M. (1989) The reliability of physical factors as predictors of the occurence of back pain reports. A prospective study within industry. Akad avh. Göteborgs universitet.

Belle, D. (1987) Gender differences in the social moderators of stress. I: Barnett, R. C., Biener, L., Baruch, G. K. (red). Gender and stress. Free Press.

Berkman, L. F., Syme, S. L. (1979) Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am Jour Epidemiol., 109.

Beronius, B-M. (1987) Kuratorerna behövs inom primärvården. SSR-tidningen, 2.

Borgenhammar, E. (1985) Tillit och hälsa. Vägar till livskvalitet. Bokförlaget Libris.

Borgenhammar, E. (1993) Att vårda liv. Organisation, etik, kvalitet. SNS Förlag.

Borgquist, L., Hansson, L., Nettelbladt, G., Nordström, G., Lindelöw, G. (1993) Perceived health and high comsumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district. Psychological Medicine, 23

Bridges, K., Goldberg, D. (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res, 29

Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., Shermann, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., Gehlbach, S. H. (1983) The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. Am Jour Epid., 117.

Burvill, P. W. (1990) The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. I: Sartorius, N. et al. Psychological disorders in general medical settings. Hogrefe & Huber Publishers.

Caplan, G. (1974) Support systems and community mental health. Behav Publ.

Caplan, G., Killilea, M. (1976) Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. Grune & Stratton.

Cassel, J. (1976) The contribution of the social environment to host resistance. Am Jour Epidemiol., 104.

Cohen, S. (1988) Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology, 7.

Cohen, S., Willis, T. A. (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psych Bull., 98.

Cooper, J. E. (1990) The classification of mental disorders for use in general medical settings. I: Sartorius, N. et al. Psychological disorders in general medical settings. Hogrefe & Huber Publishers.

Coyne, J. C., Lazarus, R. S. (1980) Cognitive style, stress perspective, and coping. I: Kutash, I. L., Schlesinger, L. B. (red). Handbook on stress and anxiety. Jossey Bass.

Cullberg, J. (1984) Dynamisk psykiatri. NoK.

Cullberg, J., Stefansson, C. G., Wennersten, E. (1981) Psychiatric care in low status dwelling areas. Psych Soc Med., 1.

Cullberg, J., Stefansson, C. G. (1983) Social class and psychotherapy. Acta Psychiatr Scand., 68.

Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., Hagnell, O. (1990) Childhood vulnerability and adult invincibility. Acta Psych Scand., 82.

Dalgard, O. S. (1980) Bomiljø og psykisk helse. Universitets forlaget.

Damsbo, N., Friborg, S. (1989) Den suicidale patient. Ugeskr Læger, 151.

Danielsson, M., Isaksson, H., Svensson, J. C., Theorell, T. (1987) Tillsätt psykologer i somatiska vårdteam. Psykologtidn., 4.

Diderichsen, F. (1981) Omflyttning, boende och hälsa. Socialmedicinsk tidskrift, 45.

Diderichsen, F. (1991) Dödlighetsutvecklingen – ett mått på hälsopoli tikens resultat? I: Smedby, B., Isacsson, S-O., Westrin, C-G. (red). Folkhälsans förändring och hälsoarbetets konsekvenser. Medicinska Forskningsrådet.

Diderichsen, F., Fredlund, P., Norman, A. (1996) Arbetslöshet och ohälsa i Stockholms län 1994. Socialmedicin Kronan. Nordvästra sjukvårdsområdet. Samhällsmedicinska divisionen. Stockholms läns landsting.

Diderichsen, F., Östlin, P., Dahlgren, G., Hogstedt, C. (red). (1991) Klass och ohälsa – En antologi om orsaker till den ojämlika hälsan. Tiden-Folksam.

Diderichsen, F. et al. (1994) Folkhälsorapport för Stockholms län 1994. Stockholms läns landsting.

Depner, C. E., Ingersoll–Dayton, B. (1988) Supportive relationships in later life. Psychology and Aging, 3.

Durkheim, E. (La suicide, 1897), Självmordet. (1983) Argos.

Essvik, L., Andersson, M., Bergman, B., Lindhé, C., Ljungborg, A. (1992) Psykologer i primärvården: Hjälper till att avdramatisera begreppet psykisk ohälsa. Psykologtidningen, 7.

Faresjö, T., Arenius, M., Davidson, K. (1992) Psykisk ohälsa i primärvården –patientbeskrivning från en försöksverksamhet med psykoterapeutiskt team. Allmänmedicin, 13.

Faris, R. E., Dunham, H. W. (1939) Mental disorders in urban areas. Hafner Publishing Co.

Garmezy, N. (1981) Children under stress: Perspectives on Antecedents and correlates of vulnerability and resistence to psychopathology. I: Rabin, A. I., Aronoff, J., Barclay, A. M., Zucher, R. A. (red). Further explorations in personality. Wiley Interscience.

Glimell, H. (1990) Kunskapsintressen i svensk arbetslivsforskning. I: Agrell, W. (red). Makten över forskningspolitiken. Lund University Press.

Goldberg, D. (1990) Reasons for misdiagnosis. I: Sartorius, N. et al. Psychological disorders in general medical settings. Hogrefe & Huber Publishers.

Goldberg, D., Blackwell, P. (1970) Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. Br Med J., 2.

Goldberg, D., Bridges, K. (1988) Invited review: Somatic presentations of psychiatric illness in primary care settings. J Psychosom Res., 32

Goldberg, D., Huxley, P. (1980) Mental illness in the community. Pathway to psychiatric care. Tavistock Publications.

Goldberg, D., Kay, C., Thompson, L. (1976) Psychiatric morbidity in general practice and the community. Psychol. Med., 6.

Granvik, M., Hallberg, H. (1985) För tidigt döda män i Borlänge kommun. AllmänMedicin, 6.

Green, K. (1988) Job characteristics and health–related behaviors among chemical plant workers. Akad. avh. Johns Hopkins University, Baltimore.

Gustafsson, R. Å., Kjellberg, A. (1983) Beteendevetenskaplig arbetsmiljöforskning – Historisk bakgrund och utveckling i Sverige. Arbetsmiljöfonden rapport 1983;6.

Hall, E. M., Johnson, J. V. (1988) Depression in unemployed Swedish women. Soc Sci Med., 27.

Hammarström, A. (1986) Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en tvåårsuppföljning. Akad avh. Karolinska Institutet.

Hanson, B. S. (1988) Social network, social support and health in elderly men. A population study. Akad avh. Studentlitteratur.

Hanson, B. S., Östergren, P-O. (1987) Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia – theoretical and methodological aspects on some results from the population study "Men born in 1914", Malmö, Sweden. Soc Sci Med., 25.

Hansson, L., Nettelbladt, P., Borgquist, L. (1990) Patterns of care in patients utilizing both primary health care and psychiatric care in a Swedish health district. Scand J of Primary Health Care, 8.

Hansson, L., Stefansson, C-G., Nettelbladt, P., Borgquist, L., Nordström, G. (1993) Psykisk ohälsa hos patienter i primärvården. En nordisk multicenterstudie. Nordisk Medicin, 5.

Hansson, L., Nettelbladt, P., Borgquist, L., Nordström, G. (1994 a) Screening for psychiatric illness in primary care. A cross–sectional study in a Swedish health district. Soc Psychiatry Psychiatr Epid., apr;29.

Hansson, L., Borgquist, L., Nettelbladt, P., Nordström, G. (1994 b) The course of psychiatric illness in primary care patients. A one year follow–up. Soc Psychiatry Psychiatr Epid., feb;29.

Hemström, Ö., Stefansson, C-G. (1991) Psykisk ohälsa bland primär vårdspatienter. En demografisk och social beskrivning. Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling. Stockholms läns landsting.

Hjort, P. (1983) Hva hjør helsetjensten for å utjemne forskjellene i helse. I: Lagergren, M. Hälsa för alla i Norden år 2000. Nordiska hälsovårdshögskolan och Socialstyrelsen. Rapport 1983:1.

Hjort, P. (1985) Hälsoupplysningens roll på 80-talet. Vision och verklighet. Vigör special, Socialstyrelsen.

House, J. S. (1981) Work, stress, and social support. Addison-Wesley Publ Co.

Janlert, U. (1993) Arbetslöshet som folkhälsoproblem. Folkhälsogruppens rapport nr 17, Stockholm.

Joelsen, L., Wahlquist, L. (1987) The psychological meaning of job insecurity and jobb loss: results of a longitudinal study. Soc Sci Med., 25.

Johnson, J. (1986) The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden. Akad avh. Psykologiska Institutionen, Stockholm.

Johnson, J. H., Sarason, I. G. (1979) Moderator variables in stress research. I: Sarason, I. G., Spielberger, C. D. (red). Stress and anxiety, vol 6. Hemisphere.

Johnstone, A., Goldberg, D. (1976) Psychiatric screnning in general practice. Lancet, 1.

Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S. L., Puska, P. (1988) Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease: Prospective evidence from Eastern Finland. Am J Epidemiol., 2.

Karasek, R. A. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. Adm Sci Quart., 24.

Karasek, R., Theorell, T. (1990) Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books Inc.

Karlsson, K. (1994) Psykosocial ohälsa i primärvården – allmän läkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik. En studie i Malmöhus läns landsting. MLL.

Karlsson, K. (1995) Folkhälsoarbete i samverkan – policyprogram för Malmöhus läns landsting.

Karlsson, K. (Under bearbetning) Psykosociala faktorers betydelse för hälsan. En befolkningsstudie i Malmöhus läns landsting. MLL.

Kebbon, L., Swartling, P., Smedby, B. (1985) Psychiatric Symptoms and Psycosocial Problems in Primary Health Care as Seen by Doctors. Scand J Prim Health Care, 1.

Konarski, K. (1992) Jordmån för ett gott liv. Idéskrift från Folkhälsogruppen, Nr 16. Allmänna Förlaget.

Lehtinen, V. (1984) Unemployment and mental disturbance. Scand Jour of Work Environment and Health, 10.

Leighton, D. C., et al. (1963) The character of danger. Basic Books.

Lidbeck, J. (1994) Gruppbehandling av patienter med somatiseringssyndrom i öppen vård. Terapieffekter av en förenklad kognitivbeteendemedicinsk behandlingsmodell. Smärtrehab (smärtsekt), Med klin, Helsingborgs sjukvårdsdistrikt.

Lundberg, I., Theorell, T., Östlin, P., Hogstedt, C. (1991) Arbetsmiljö. I: Diderichsen, F., Östlin, P., Dahlgren, G., Hogstedt, C. (red). Klass och ohälsa – En antologi om orsaker till den ojämlika hälsan. Tiden-Folksam.

Malmöhus läns landsting. (1986, 1989) Personalenkät om inställning till prevention. Miljö- och samhällsmedicinska sekt., MLL.

Marino, S., Bellantuono, C., Tansella, M. (1990) Psychiatric morbidity in general practice in Italy. A point–prevalence survey in a defined geographical area. Soc Psychiatry Psychiatric Epid, 25.

Marks, J. N., Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979) Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological Medicine, 9.

McKeown, T. (1976) The modern rise of population. Arnolds.
Nilsson, P. (1991) Arbetslöshet och ohälsa – utmaning för distrikts läkaren. Läkartidningen, 39
Orth-Gomér, K. (1990) Socialt stöd och hjärt–kärlsjukdom. Social medicinsk tidskrift, 1–2.
Orth-Gomér, K., Johnson, J. V. (1987) Social network interaction and mortality. A six year follow–up study of a random sample of the Swedish population. J Chronic Dis., 10.
Ramazzini, B. (De morbis Artificum, 1713) Om arbetares sjukdomar. Svensk översättning: Delin & Gerhardsson. (1991) Arbetsmiljöförlaget.
Reg prop. 1990/91:175. Om vissa folkhälsofrågor. Stockholm
Romelsjö, A. (1983) Alkoholrelaterade problem och vårdkonsumtion i Olofström. Alkohol och narkotika , 4.
Rosen, J. C., Wiens, A. N. (1979) Changes in medical problems and use of medical services following psychological interventi. Am Psychol, 34
Rutz, W., von Knorring, L., Wålinder, J. (1992) Evaluation of an educational program for general practitioners given by the Swedish PTD Committe – long term effects. Acta Psychiatr Scand., 85.
Sagan, L. A. (1987) The health of nations. True causes of sickness and well–being. Basics Books Inc.
Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S. (1981) Social support, social networks and psychological functioning. J of Beh Med., 4.
Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C., Kalton, G. (1966) Psychiatric illness in general practice. Oxford University Press.
Smith, G. R., et al. (1986 a) Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health and health care utilization, Arch Intern Med, 146
Smith, G. R., et al. (1986 b) Psychiatric consultations in somatization disorders. N Eng J Med, 314
Smith, R. (1986) Improving the health of the unemployed: a job for health authorities and health workers. Br Med J., 292
SoS-rapport 1994:9. Folkhälsorapport 1994. Socialstyrelsen.
Stefansson, C-G. (1989) Yrke och självmord i Sverige. I: Arbetsmiljökommissionen. Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker. Bilagedel F. Allmänna Förlaget.
Stockholms läns landsting. (1991) Arbetsmiljörapport 1991. SLL-HSN.
Sullivan, G. C. (1989) Evaluating Antonovsky's salutogenic model for its adaptability to nursing. Jour Adv Nurs., 14.
Swartling, P. G., Kebbon, L., Smedby, B. (1987) Mental health problems in primary health care as seen by doctors. Scand J Prim Health Care, 5.

Theorell, T. (1990) Socialt stöd i arbetet. Socialmedicinsk tidskrift, 1–2.

Thålin, M. (1989) Psykosociala arbetsvillkor och nedsatt hälsa i olika yrkesgrupper i Sverige. Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker. Rapport inom arbetsmiljökommissionens kartläggning. Bilagedel F. Allmänna Förlaget.

Toivanen, M. (1982) Vårdutnyttjande i ett bostadsområde – perspektiv på en vårdorganisation. Nacka-Värmdö psykiatr. sektor.

Wahlquist, L. (1984) Arbetslöshet och ohälsa –en forskningsrapport. Läkartidningen, 34.

Walker, K. N., Macbride, A., Vachon, M. L. S. (1977) Social support networks and the crisis of bereavement. Soc Scien Med., 11.

Warr, P. (1984) Economic recession and mental health: A review of research. J Community Health Care, 62.

Welin, L., Tibblin, G., Svärdsudd, K., Tibblin, G., Perciva, S., Larsson, B. (1985) Social influences on mortality in a prospective population study. The study of Men Born in 1913 and 1923. Lancet, 1.

Werner, E. E., Smith, R. S. (1982) Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. McGraw-Hill.

WHO. (1985) Health policy implications of unemployment. WHO.

Wijma, K. (1988) Psykologi – en viktig disciplin i framtidens medicin. Läkartidningen, 24.

Åberg, R. (1980) Flyttningarna och arbetsmarknaden: en studie av flyttningens orsaker och konsekvenser. Prisma/SOFI.

Bilaga 12
Omvårdnad i hälso- och sjukvård

Astrid Norberg
Professor, Inst. För omvårdnadsforskning
Umeå universitet

Inga Lill Hallberg
Docent, högskolelektor
Vårdhögskolan, Kristianstad

Mona Kihlgren
Med. Dr, enhetschef
Centrum för omvårdnadsvetenskap
Örebro

Hjördis Björvell
Bitr. professor, leg sjuksköterska
Centrum för Vårdvetenskap Nord
Stockholm

Innehåll

Omvårdnad i hälso- och sjukvård

Av Astrid Norberg, Ingalill Hallberg, Mona Kihlgren samt Hjördis Björvell

Omvårdnad 173
Hälsa är mer än frånvaro av sjukdom 174
Omvårdnad och medicinsk behandling 175
Vård är en multiprofessionell verksamhet 179
Omvårdnad som prevention 180
Grundläggande värderingar och etik i omvårdnadsarbete 181
Betydelsen av att beakta olikheter och minoriteter 183
Omvårdnadsrelationen 185
Vårdtagares och närståendes ställning i omvårdnaden 187
Hinder och förutsättningar för närståendes delaktighet i omvårdnad 190
Vård av närstående i hemmet 191
Risker med för stort ansvar för familjen 192
Frivilliga – en resurs i vården? 194
Samarbete krävs mellan akutvård och vård i hemmet 195
Kostnadseffektiv omvårdnad kräver rätt personal på rätt plats i organisationen 196
Specialistsjuksköterskor kan vara ekonomiskt 197
Underlag för ekonomiska beräkningar 197
Omvårdnadsforskning; bidrag till kostnadseffektiva metoder 198
Förändrad organisation av omvårdnad 200
Förmedling av kunskap mellan specialister och generalister 201

Fungerande vårdkedjor 202
Vårdens ledning 204
Ledning av omvårdnadsarbete 206
Stödstrukturer i omvårdnaden 208
Kompetens och utbildning för omvårdnad 208
Framtida forskning och utveckling
inom omvårdnad 211
Slutsatser 212
Referenser 214
Referenser till muntlig framställning vid
konferens anordnad av sekretariatet för
HSU 2000 i samarbete med SHSTF, Augusti 1995 224

Omvårdnad i hälso- och sjukvård

Av Astrid Norberg, Ingalill Hallberg, Mona Kihlgren samt Hjördis Björvell

Omvårdnad

Omvårdnad utgör en omfattande och viktig verksamhet i såväl den landstingskommunala som den primärkommunala hälso- och sjukvården och tar en stor del av samhällets totala resurser i anspråk. År 1994 utgjorde omvårdnadspersonal (sjuksköterskor, skötare och undersköterskor) 44.8 procent av samtliga anställda inom hälso- och sjukvård (Landstingsförbundet 1994). Detta innebär en stor kostnad, varför det är av yttersta vikt att i en översyn av hälso- och sjukvårdens resursbehov inför 2010 också beakta effektivitet, möjligheter och begränsningar i omvårdnadsarbetet.

Då det för närvarande inte föreligger systematiska uppgifter om omfattning, effekter och kostnader för omvårdnadsarbetet inom hälso- och sjukvården bygger framställningen av omvårdnad inför år 2010 i stor utsträckning på prognoser om utvecklingen av medicinska vårdbehov. Fokus ligger på att beskriva vad omvårdnadsarbete innebär, orientera om omvårdnadsforskning samt presentera idéer om hur tillämpning av forskningsresultat i praktiken skulle kunna bidra till rationalisering av omvårdnadsarbetet och därigenom en mer kostnadseffektiv vård. Resultat från omvårdnadsforskning är inte presenterade på något heltäckande eller representativt sätt i detta dokument utan ska ses som exempel.

Prioriteringsutredningen (sid 108) indelar hälso- och sjukvård i bedömning, behandling, omvårdnad, habilitering/rehabilitering samt prevention. Omvårdnad ska "*tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa, liksom att tillgodose vård i livets slutskede. Omvårdnad går som en röd tråd genom all vård och utgör ett komplement till behandling. Den kräver engagemang och kunskaper såväl av naturvetenskaplig som humanvetenskaplig art*".

I den primärkommunala verksamheten används termen omsorg och i den landstingskommunala verksamheten används termen omvårdnad för liknande åtgärder. Social hemhjälp uppges bestå av service och

omvårdnad och omvårdnad definieras som "sådana tjänster som riktar sig till individen personligen i form av omsorg och hjälp med den dagliga livsföringen" (Socialstyrelsen 1995, sid 10). I denna framställning kommer termen omvårdnad att användas oavsett om det är primär- eller landstingskommunal verksamhet som åsyftas.

Hälsa är mer än frånvaro av sjukdom

Målet för omvårdnad beskrivs ofta som hälsa för patienten. Det målet är rimligen något alla professioner kan ställa sig bakom. Hälsa kan och brukar emellertid definieras olika. I ett medicinskt synsätt brukar hälsa definieras som frihet från sjukdom och abnormitet, dvs hälsa är motsatsen till sjukdom. Hälsovårdande arbete blir då att bota och förebygga sjukdomar. I en sociologisk tolkning står begreppet hälsa för en acceptabel nivå av psykisk och mental färdighet som gör det möjligt för personen att klara sina sociala roller i samhället. I en humanistisk/existentiell syn på hälsa betonas optimal självständighet, personlig styrka och en positiv mening med livet. De båda sistnämnda definitionerna av hälsa innebär att sjukdom kan förekomma utan att det innebär att personen har ohälsa. Omvårdnaden riktas inte heller enbart eller primärt mot sjukdom, utan syftar till att hjälpa personen att leva med hög kvalitet trots sjukdom dvs. mot hälsa. Det i sin tur kräver kunskap om vad den sjuke själv anser vara livskvalitet (jämför Engström & Nordesson 1995) och om betydelsen av aspekter som till exempel trygghet (Andersson 1984), hemmastaddhet (Zingmark och medarbetare 1993, 1995) och integritet (Andersson 1994). Humanistiskt/existentiellt orienterade hälsosyner dominerar inom omvårdnad och omvårdnadsforskning. Användbarheten i detta synsätt bekräftas i olika studier. Till exempel visade Tishelman (1993) att personer med cancer tolkade sin situation och fann mening i sina upplevelser av att vara sjuk. Illabefinnande tycktes ha mera att göra med synen på livet än med sjukdomen. von Essen och Sjödén (1991a,b) fann emellertid att när patienter ombads rangordna värdet av att vårdpersonalen kunde vidta ett antal olika åtgärder skattade de åtgärder relaterade till ett medicinskt kunnande högt. Tishelmans resultat kan därför inte tolkas som att den medicinska hälsosynen är inadekvat utan snarare som att det, i vården, samtidigt måste finnas olika sätt att se på hälsa för att det ska vara möjligt att göra rättvisa åt människans mångdimensionalitet.

I ovan beskrivna synsätt ligger implicit att respektera personens egen förmåga till vård och naturliga processer till exempel vid läkning. Omvårdnadens uppgift är följaktligen att respektera det naturliga och

att försätta den sjuke i ett sådant tillstånd att naturen kan verka (Nightingale 1954). Förhållanden som verkar emot det naturliga kan förekomma i vården, ibland för att det är nödvändigt och ibland för att de aldrig ifrågasatts eller satts i relation till naturliga processer. Till exempel kan måltider i vårdmiljöer reduceras till att bli en fråga om att vårdtagaren får mat i sig och hur det sker bestäms av vårdapparatens rutiner. Därmed förlorar måltiden sin kulturella och psykosociala innebörd (se Sidenvall 1995). Wahlberg (1982) visade hur vårdrutiner störde etablerandet av ögonkontakt mellan nyfödda och deras mödrar. Widström (1988) visade att vårdrutiner kunde störa den naturliga process som ledde fram till att amning fungerade och Röckner (1991) visade att artificiella klippningar skadar modern mer än spontana bristningar under förlossning.

Omvårdnad och medicinsk behandling

Prioriteringsutredningens beskrivning av omvårdnad är framför allt tillämpbar på allmän omvårdnad, en naturlig och spontan aktivitet som den friska människan riktar mot sig själv (egenvård) och mot andra människor, främst närstående. Närståendes betydelse för den sjuke riskerar att undervärderas i det nuvarande sjukvårdssystemet. I den vetenskapliga litteraturen är den väl dokumenterad. Omne–Pontén (1993) visade att den äktenskapliga relationen var en god prediktor för kvinnors välbefinnande/illabefinnande 13 månader efter operation för bröstcancer. Sjukdom och medicinsk behandling kan innebära att individens förmåga till egenvård störs och ett specifikt behov av omvårdnad uppstår. Behov av specifik omvårdnad är direkt relaterat till arten och graden av funktionsnedsättning till följd av sjukdom, handikapp eller motsvarande. Specifik omvårdnad måste bygga på kunskaper om allmän omvårdnad, sjukdom och ohälsa. För att till exempel underlätta ätandet för personer med Parkinsons sjukdom behövs förutom kunskap om det normala ätandet också kunskap om hur sjukdomen påverkar förmågan att äta; varseblivningen, hand- och armmotoriken, förmågan att tugga, svälja och kommunicera (jfr Athlin 1988).

Socialstyrelsen beskriver allmän och specifik omvårdnad på följande sätt: "Omvårdnad *kan vara dels allmän, dels specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling, medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också* (om) *den aktuella sjudomen och dess behandling. För att kunna bedöma vad*

som i den enskilda situationen är god omvårdnad krävs relevanta kunskaper från olika områden: i natur-. samhälls- och beteendevetenskap samt humaniora. Allmän omvårdnad utförs av all personal i hälso- och sjukvård. Specifik omvårdnad kräver speciell kompetens" (SOSFS 1993:17, sid 2).

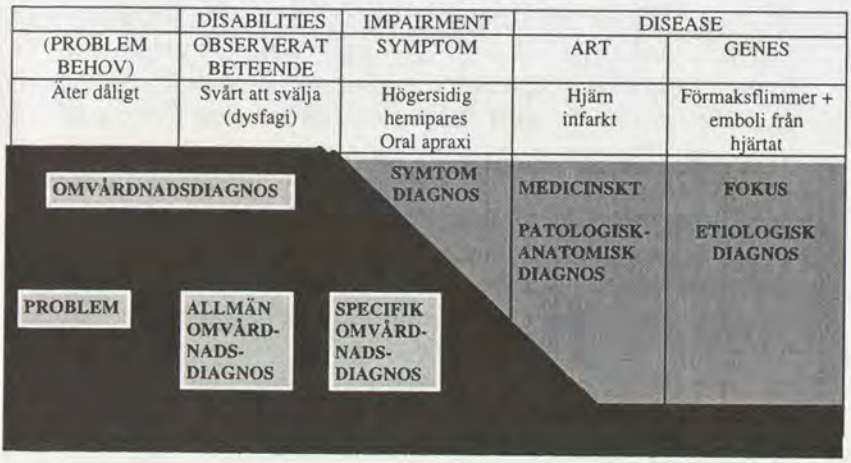
Omvårdnad är ibland ett stöd till medicinsk behandling. Bra information till patienter kan till exempel underlätta behandling. Edvinsson Månsson (1992) visade till exempel hur speciell förberedelse av barn inför undersökningar och behandlingar medförde ökad medverkan och minskad stress för barnen. Engström (1986) fann att rutinerna för information till neurologiska patienter var bristfälliga. Patienterna hade stort behov av information särskilt om undersökningsresultat och prognosen för deras tillstånd. De upplevde brister särskilt avseende det sistnämnda. När rutiner för information, i vilka sjuksköterskor hade ett ledaransvar, införts skedde en generell förbättring i patienternas tillfredsställelse med information. Hjelm-Karlsson (1988) rapporterade att patienter som erhållit förbättrad information före röntgenundersökningar av njurbäckenet visade ökat lugn och säkerhet samt högre tolerans mot smärta och obehag under undersökningen.

Dålig omvårdnad kan förhindra att medicinsk behandling får avsedd effekt. Läkning av sår försämras till exempel av dålig näringstillförsel. Ek (1987a, b), Ek och medarbetare (1990, 1991) och Unosson (1993) påvisade samband mellan undernäring och trycksår. Andra gånger är medicinsk behandling ett stöd till omvårdnad. Det senare kan till exempel gälla inom långtidsvård, vid vård i livets slutskede och vid sjukdom som kräver förändring av livsstil, till exempel diabetes. Wredling (1991) fann att kontinuerlig infusion av insulin gjorde det möjligt för diabetiker att minska på kostrestriktionerna och anlägga en mer flexibel livsstil. När ingen botande behandling finns och vården främst syftar till att den sjuke ska kunna leva med så hög livskvalitet som möjligt, trots sjukdom som till exempel demens eller resttillstånd efter slaganfall, behövs medicinska insatser främst när komplikationer tillstöter. Det gäller till exempel inom den primärkommunala verksamheten och i hospiceverksamhet. Den ansvariga sjuksköterskan kallar på läkare när hon/han bedömer att behov av medicinska insatser föreligger.

På motsvarande sätt kan medicinsk vård främja eller förhindra effekten av omvårdnad. Till exempel kan medicinska åtgärder för att lindra smärta i samband med fysisk beröring eller förflyttning stödja genomförandet av god omvårdnad. Beslut om tvångsåtgärder som ska genomföras av en sjuksköterska som står patienten nära kan bidra till

att en tillitsfull relation skadas (Olofsson och medarbetare 1995).

Omvårdnad och medicinsk behandling är beroende av varandra trots olika karaktär. Figur 1 illustrerar sambandet mellan vad omvårdnad

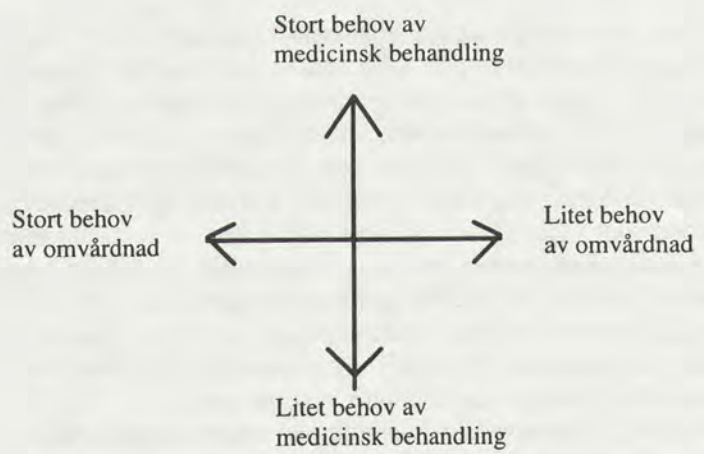


Figur 1 Samband mellan omvårdnad och medicin i relation till WHO:s klassifikation av handikapp och beskrivning av olika kategorier för indelning i ICD, Axelsson och medarbetare 1986.

respektive medicinskt arbete fokuserar i relation till WHO's klassifikation av handikapp och ICDs beskrivning av behov, beteende, symtom etc. Ibland genomförs omvårdnadsåtgärder av läkare och ibland genomförs medicinska behandlingsinsatser av sjuksköterskor. I omvårdnadsarbetet ligger ofta ett ansvar för att bedöma om behov av medicinska behandlingsinsatser föreligger. Det gäller såväl inom primärvården som i sluten vård. Patienter värderar det som viktigt att sjuksköterskor kan bedöma när det är nödvändigt att tillkalla läkare (von Essen & Sjödén 1991a, b). Elander och medarbetare (1991, 1992, 1993) har genomfört flera undersökningar rörande smärta och smärtlindring hos barn. De fann bl.a. att sådan smärtlindring som är ordinerad att ges vid behov, ofta ges beroende på personalens attityd till smärtlindring. De fann också att det är svårt att skilja allmänt illabefinnande från smärta. Sådana svårigheter tycks också finnas vad gäller att bedöma vuxnas smärta. En omfattande undersökning på en akutvårdsavdelning visade att i omkring 50 procent av de fall där patienterna uppgav att de hade smärta, kunde inte sjuksköterskorna av deras utseende bedöma deras smärta. Resultaten indikerar svårig-

heterna att bedöma smärta hos de som inte själv kan kommunicera sin smärta t.ex. barn och förvirrade eller demensdrabbade.

I andra sammanhang överlappar och interagerar omvårdnad och medicinsk behandling med varandra. Kihlgren (1992) genomförde en intervention i vilken personalen fick stöd för att bl.a. stärka demensdrabbades upplevelser av tillit, självständighet, initiativ, verksamhetsiver, identitet, gemenskap, generativitet och integritet. Effekterna följdes med biomedicinska parametrar och det visade sig att hjärnans aktivitet, undersökt med EEG, ökade och koncentrationen av somatostatin i likvor höjdes. I en annan studie visade Jakobsson och medarbetare (1994) och Ottosson och medarbetare (1996) hur en förändrad organisation av omvårdnad, individuellt planerad och dokumenterad, samt projekt för säkring av vårdkvalitet i särskilt känsliga områden ledde till ökad patienttillfredsställelse trots reduktion av antal kirurgiska vårdplatser. Behov av omvårdnad respektive medicinsk behandling följer således inte alltid varandra men interagerar. Vårdtagaren kan ha ett stort behov av omvårdnad och ett litet behov av medicinsk behandling eller tvärtom. Vårdtagaren kan också ha såväl stort behov av medicinsk behandling som stort behov av omvårdnad eller omvänt litet behov av båda typerna av insatser (Figur 2).



Figur 2. Samband mellan behov av medicinsk behandling och omvårdnad.

Det gör det extra viktigt att i översyn av hälso- och sjukvård både se över vård i sin helhet och se över vårdens olika delar var för sig. Effektivitetsvinster ur ett medicinskt perspektiv kan motverkas av ineffektiva omvårdnadsinsatser och omvänt.

Vård är en multiprofessionell verksamhet

Termen vård används som sammanfattande benämning på de olika insatser som genomförs för att bota sjukdom och lindra lidande, insatser som var för sig och tillsammans bidrar till att fullgöra hälso- och sjukvårdens och den kommunala omsorgens uppgifter. Insatserna förutsätter olika typer av kunskaper och genomförs av representanter för de olika professionerna. Omvårdnad och medicinsk behandling till exempel fokuserar olika aspekter av vård.

Läkarens fokus kan vara att fastställa vilken sjukdom en person lider av, hur sjukdomen uppkommit och hur den kan behandlas. Sjukgymnasten kan fokusera på vilka funktioner som är störda, hur de kan tränas upp och/eller kompenseras. Sjuksköterskan, skötaren och undersköterskan kan fokusera på att bedöma vilka aktiviteter vårdtagaren upprätthåller självständigt respektive behöver hjälp med. Omvårdnaden kan ges i form av undervisning, råd, stöd, kompensation eller genom att funktioner tas över helt eller delvis. I omvårdnaden ingår också att ta ställning till hur personalen kan hjälpa den sjuke att utföra det som han/hon inte klarar av själv på grund av sjukdom, ohälsa och behandling. Det kan till exempel handla om att ansvara för andning och näringstillförsel åt en medvetslös vårdtagare. Arbetsterapeuten kan fokusera på att hjälpa den sjuke att leva med ett ibland livslångt handikapp. Det kan gälla att anpassa miljön till den sjukes förmåga och därigenom underlätta livet som handikappad. Kuratorn, psykologen och sjukhusprästen kan fokusera på att hjälpa den sjuke att förstå och acceptera sin förändrade livssituation och göra det bästa av den. Även om personal från en profession ofta fokuserar på en speciell aspekt så sker det mot bakgrund av hela spektrum av aspekter. Beroende på den enskilde vårdtagarens problem blir olika aspekter och därmed olika professioners kunskapsbaser aktuella.

Vårdens effektivitet är således beroende av att personal inom de olika kompetensområdena fungerar optimalt inom sina ansvarsområden. Den är beroende av att var och en tar ansvar för bedömning och åtgärder inom sitt område och att de samverkar med personal inom andra kompetensområden så att de kan åstadkomma en sammanvägd vårdplan för vårdtagaren.

Omvårdnad som prevention

Den professionella omvårdnaden kan fungera som prevention när opåverkade friska funktioner och kvarvarande förmåga till fortsatt egenvård värderas, lyfts fram och förstärks. Det är just kombinationen av vårdtagarens, den närståendes och personalens kunskaper och erfarenheter som möjliggör optimal omvårdnad. Exempel på områden för preventivt arbete är mödravård och barnhälsovård, skolhälsovård, identifikation av och åtgärder i förhållande till personer i riskzonen för sjukdom eller skada, bedömningar och åtgärder i syfte att förhindra komplikationer vid sjukdom och i samband med behandling, till exempel att undvika lunginflammation och undernäring då problem med sväljning uppstått till följd av slaganfall.

Strukturerade program för omvårdnad kan ha stor betydelse i preventivt arbete. Medicinsk forskning har allt tydligare kunnat visa att till exempel svår övervikt är en av de allvarligaste riskerna när det gäller de stora folksjukdomarna. Behandling av övervikt är således en viktig prevention. I ett program för omvårdnad som innehöll patientutbildning, stöd och entusiasmering för svårt överviktiga personer visade utvärderingen stora individuella skillnader dels när det gällde själva viktminskningen under programmets gång, dels förmåga att bibehålla den lägre vikten över lång tid (Björvell och medarbetare 1994). De som lyckades reducera sin vikt och bibehålla viktnedgången under lång tid hade ändrat matvanorna enligt programmets intentioner. De som hade ändrat sina matvanor mest, verkade mest motiverade och hade bäst grepp om sin allmänna livssituation.

Ett annat exempel på ett angeläget område för prevention genom omvårdnad är förebyggande av fallskador. Udén (1986 och föredrag) har föreslagit att bedömning av risk för fallskador ska göras systematiskt för vissa högriskgrupper till exempel äldre med nedsatt minnes- och orienteringsförmåga. Identifieras personer som löper speciellt stora risker att falla kan åtgärder vidtas för att förebygga fallskador inom vård och omsorg. Det i sin tur minskar vårdkostnaderna och mänskligt lidande. Udén (föredrag) betonade vikten av att det också genomförs systematiska kontroller för minnesproblem, vilka påverkar förmågan att förstå information eftersom akuta återinläggningar på medicinsk och kirurgisk klinik till en del tycks bero på att vårdtagarna inte förstått den information de erhöll under vårdtiden. För vårdtagare med minnesproblem behövs särskilda strategier för information. Genom att säkerställa att information når till dem som finns i den äldres närhet förutspådde Udén en minskning av återinläggningar.

Även komplikationer som till exempel akut förvirringstillstånd och så kallat störande beteende hos dementa skulle i viss mån kunna före-

byggas med andra förhållningssätt i omvårdnaden. Undersökningar av skrikbeteende hos demensdrabbade visade att omvårdnaden i hög grad präglades av social isolering och understimulering. Den bristande anpassningen av omvårdnaden och miljön till demensdrabbades behov och förmågor kan mycket väl vara en förklaring bland andra till att demensdrabbade skriker, vandrar eller uttrycker vrede i handlingar mot vårdarna (Hallberg 1990). Brännström (1991) fann i undersökningar av akuta förvirringstillstånd i samband med höftfrakturer att interaktionen mellan personal och förvirrade patienter var mindre konstruktiv från vårdarnas sida än interaktionen med icke förvirrade patienter.

Grundläggande värderingar och etik i omvårdnadsarbete

Som människor föds vi med olika genetiska och sociala förutsättningar att leva ett liv med hälsa och välbefinnande. Det och olika faktorer i samhället medför att människors förmåga till ett värdigt liv är mycket olika. Respekt för vårdtagarens integritet är en viktig grundläggande princip. Innebörden i begreppet integritet har analyserats ur olika perspektiv av Andersson (1994). Det är också nödvändigt att se människan som kontinuerligt stadd i utveckling. All vårdpersonal bör ha en beredskap att möta äldre, vuxna såväl som barn och ungdomar i vårdarbetet. En uppgift för den offentliga hälso- och sjukvården är att stödja svaga grupper och så långt det är möjligt bidra till hälsa åt alla. Frågor om rättvis fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser är således viktiga. Etik handlar om att välja mellan handlingsalternativ (handlingsetik) och om att förhålla sig till andra människor (relationsetik). Etik handlar om rättvis fördelning av resurser, att tillgodose enskilda individers behov och att ta tillvara deras rättigheter, att upprätthålla liv och att befrämja livskvalitet. Etik är inte förbehållen någon profession i meningen att någon profession mer än någon annan är expert. Etik är en fråga om mänskliga värden och bedömningar.

I framtiden är det rimligt att glappet mellan vad som tekniskt sett kan göras och vad som är ekonomiskt möjligt att göra ökar i samband med den tekniska utvecklingen. Prioriteringar måste göras. Dessa prioriteringar utgår från värderingar. Det blir alltmer viktigt att samhället och speciellt vårdpersonal diskuterar grundläggande värderingar. Det svenska samhället har en lång tradition av solidaritet med svaga grupper. Den ekonomiska utvecklingen har lett till att fler och större svaga grupper har utvecklats; invandrare lågavlönade (ökande

löneklyftor), ensamstående föräldrar och arbetslösa. Det är angeläget att hälso- och sjukvården särskilt uppmärksammar dessa grupper. Solidaritet med de svaga grupperna kan innebära att övriga individers autonomi när det gäller full valfrihet måste inskränkas. Eftersom förhållanden i samhället snabbt ändras krävs en kontinuerlig diskussion om prioriteringsfrågor även på lokala nivåer t.ex. i kommunens och landstingens ledning.

Ett sätt att hantera värdefrågor på är att vården baseras på en genomtänkt grundsyn som delas av all sjukvårdspersonal och är förankrad och beslutad på politisk nivå. Inom Västerbottens läns landsting baseras till exempel arbetet med utveckling av vårdens kvalitet för alla anställda på en policy för omvårdnad som bygger på humanistiska grundprinciper (Norberg och medarbetare 1994). En omvårdnadspolicy grundad på humanistiska värderingar finns också i till exempel Örebro läns landsting.

Etiska frågor måste diskuteras inom olika organisationer för hälso- och sjukvård. Vård och omvårdnad ges i komplexa organisationer och förutsätter ett samspel mellan olika befattningshavare som har olika kunskapsmassor och olika uppgifter. Detta leder till att de också ur etisk synpunkt kan se vården ur olika perspektiv. Forskning har visat att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor lägger vikt vid olika saker. Det är rimligt att läkare, som har att fatta beslut över fördelning av vård mellan patienter (inläggningar, utskrivningar etc) och om att ge, avstå från och avbryta livsuppehållande behandling, fokuserar på handlingsetiska frågor och betonar rättvisa och överlevnad mer än undersköterskor och sjuksköterskor, som framför allt har att ansvara för att befrämja vårdtagarens livskvalitet under det dagliga livets aktiviteter och har en tätare kontakt med vårdtagaren och dennes anhöriga. Det ter sig också naturligt att sjuksköterskan och undersköterskan fokuserar relationsetiska frågor och betonar omsorg. Forskning om vad vårdare av olika kategorier upplever och hur de resonerar när de är i situationer där de har att förhålla sig till olösliga etiska dilemman eller att lösa svåra etiska problem har gett vid handen att man resonerar olika beroende på ens livssyn (Asplund 1991, Norberg 1995) i vilken kultur man verkar (Norberg & Hirschfeld 1987, Davidson och medarbetare 1990, Davis och medarbetare 1993, Norberg och medarbetare 1994). Den specialitet man verkar inom (Jansson & Norberg 1987, 1992, Jansson och medarbetare 1995), och hur samarbetet med medarbetare fungerar påverkar också resonemanget (Åström och medarbetare 1993, 1994, 1995). Det är också vanligt att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor resonerar på olikartat sätt (Udén och medarbetare 1992, Söderberg & Norberg 1993, Norberg & Udén 1995, Udén och medarbetare 1996). Vården är så komplex att det inte är möjligt för en person eller en profession att beakta helheten. En

fruktbar dialog kan därför bidra till att olika aspekter beaktas. En gemensam grundsyn kan uppnås genom att alla personalgrupper på djupet upplever likartade mänskliga problem i vården (Lindseth och medarbetare 1994). Resultaten indikerar således behovet av att det finns system för etiska diskussioner i grupper som är tvärprofessionellt sammansatta.

Prioriteringsutredningen beskriver tre grundläggande principer: människovärdesprincipen, solidaritetsprincipen och principen om kostnadseffektivitet vilka är en god utgångspunkt för resonemang om vårdfilosofi och etik. Emellertid har prioriteringsutredningen koncentrerat sig på medicinska prioriteringar och bortsett från de prioriteringar som dagligen görs i omvårdnadens vardagsarbete. Frågor som vilka patienter som ska få möjlighet att stiga upp före frukost, vilka som ska kunna gå ut på promenad o.s.v. måste lyftas fram. Effekten av personalminskningar behöver belysas utifrån ett etiskt perspektiv. För att kunna göra prioriteringar i omvårdnadsarbetet krävs, även där, en genomtänkt vårdfilosofi och kunskaper om vilka åtgärder, vårdnivåer och organisationsformer som är kostnadseffektiva. Den omedelbara och långsiktiga effekten av att något väljs bort måste beaktas.

I tider av begränsade resurser är det ännu mera angeläget att kunskap används effektivt; enligt principen om kostnadseffektivitet. Det är oetiskt att inte använda tillgänglig kunskap. Det är till exempel för närvarande otänkbart att inte använda den medicinska kunskapen att ge smärtlindrande läkemedel till en person med svåra smärtor. Lika otänkbart borde det vara att inte använda den kunskap som vuxit fram inom omvårdnadsforskningen. Emellertid används den kunskapen för närvarande endast i begränsad omfattning. Det kan hänga samman med att det inom hälso- och sjukvården ofta inte finns någon person med speciellt ansvar för omvårdnad och kunskap om forskning och som kan utveckla omvårdnaden. En annan begränsande faktor är att läkare ofta dåligt känner till omvårdnadsforskningens resultat.

Betydelsen av att beakta olikheter och minoriteter

Människor reagerar olika på svåra situationer och sjukdom. Dessa olikheter blir inte lika framträdande i ett medicinskt perspektiv på sjukdom. Olikheterna måste emellertid beaktas i omvårdnadsarbetet eftersom upplevelsen av mening och kvalitet rimligen är förbunden med andra aspekter av tillvaron än sjukdom. Svårt sjuka patienter med

munhåle- och svalgcancer (Langius och medarbetare, 1994), patienter med tarmcancer (Forsberg och medarbetare, accepterad för publikation), med svår njurinsufficiens som förväntas leda till snar dialysbehandling (Klang och medarbetare, accepterad för publikation) upplevde att funktionell förmåga, till exempel rörelseförmåga, sömn, kostvanor, sexualitet, allmänt välbefinnade hade påverkats av sjukdomen. Stora individuella variationer påvisades och de kunde inte enbart hänföras till sjukdomens svårighetsgrad. Patienternas skattade välbefinnande var sämre bland kvinnor än män, bland ensamstående jämfört med dem som bodde tillsammans med någon, bland dem som hade lägre utbildning jämfört med dem som hade högre. Kvinnor uppgav också fler symtom än män. Dessutom hade de njursjuka patienterna besvärande ångest. Social tillhörighet och kön tycks således vara aspekter som innebär ökad risk för upplevd ohälsa. Även i studier där patienters tillfredsställelse med vården undersökts har kvinnor visat sig vara mindre nöjda än män (Ottosson och medarbetare 1996, Helander och medarbetare inskickat för publ). Vad som kan förklara skillnaderna är oklart. Det kan vara skillnader i strategier för anpassning (coping) mellan män och kvinnor. Kalfoss (1994) fann att i en grupp långvarigt sjuka äldre patienter på medicinklinik var män mer benägna att använda sig av anpassning (coping) som är fokuserad på problemlösning. Kvinnor var mer benägna att använda sig av känslomässigt fokuserad anpassning. Olikheterna kan också bero på att män och kvinnor bemöts olika i vården och på manligt och kvinnligt perspektiv.

Andra sårbara grupper är invandrare och minoritetsgrupper som till exempel homosexuella. Invandringen till Sverige är omfattande och i framtiden kommer personer från olika kulturer att vårdas i högre grad än vad som nu sker. Det ställer krav på kunnande om andra kulturer, respekt och vilja att anpassa omvårdnaden efter invandrares livssyn. Det kan också i vissa situationer vara lämpligt att invandrare vårdas främst av personer ur sin egen kulturkrets och språkgrupp. Ekman (1993) fann till exempel att demensdrabbade finska invandrare visade mera av sin friska personlighet när de interagerade med vårdare som talade finska än när de interagerade med vårdare som bara talade svenska. I Stockholm tillämpas denna kunskap på det nyinrättade Finska äldrecentrum. Det är möjligt att också demensdrabbade med samiska som modersmål skulle må bättre av att vårdas av personer som kan tala samiska.

Det är viktigt att också säkerställa att det mångkulturella perspektivet beaktas i anställning och utbildning av personal för vården. Rimligen kommer ett ökat antal invandrare att arbeta inom vården i framtiden. Deras unika kunnande bör tas till vara. Det behövs i vården personer som har förståelse för olika invandrargruppers ursprung och som kan

hjälpa icke invandrare att tolka invandrares situation i ett kulturellt och etiskt perspektiv och som kan tolka familjers kultur (Häggström och medarbetare 1995).

Omvårdnadsarbete måste framöver också i högre grad fokusera på grupper med en mångdimensionell problematik. Det finns anledning att förmoda att social och ekonomisk utslagning kommer att öka till följd av en bestående hög arbetslöshet som främst drabbar invandrare, kvinnor och ungdomar och ökar deras ohälsa. Arbetslöshet har visat sig påverka även barnens hälsa negativt vilket understryker skolhälsovårdens roll vad gäller att hjälpa barnen att hantera den ökade stress de upplever till följd av arbetslöshet och ekonomiska problem inom familjen. Omvårdnadspersonal framför allt i primärvård och barn- och ungdomsvård kan göra en viktig insats för att minska utveckling av ohälsa för dessa grupper. Det i sin tur kräver samarbete med socialtjänst, barn och familjeomsorg och att omvårdnadspersonal i högre grad finns tillgänglig och samverkar med andra instanser i samhället.

Omvårdnadsrelationen

Personalens förhållningssätt har stor betydelse för i vad mån vårdtagaren känner sig sedd, lyssnad till, tagen på allvar och förstådd. I svensk omvårdnadsforskning har många studier fokuserat omvårdnadsrelationens betydelse och utformning. Området är emellertid svårfångat och kräver fortsatt forskning för att det med större säkerhet skall kunna förutsägas vilka förhållningssätt som är mest effektiva i betydelsen bra för patienten och ekonomiska. För närvarande genomförs inom ramen för SBU en granskning av den vetenskapliga litteratur som rör patient-läkarrelationen. Sådana granskningar är angelägna med tanke på att det i flera studier framkommer att patienterna tillmäter den relationen stor betydelse för sitt välbefinnande. Det finns flera studier genomförda som belyser patient-läkarrelationen men få som jämför olika förhållningssätt till exempel avseende hur läkaren bemöter vårdtagaren, ger information eller undervisar om sjukdom. En liknande översyn av forskningen som fokuserar patient-sjuksköterskerelationen vore motiverad. Detta är särskilt viktigt eftersom många patienter har pågående långvariga relationer med sjuksköterskor. Rimligen bidrar kvalitet i relationen till annan vårdpersonal än läkare också till att höja eller sänka vårdtagarnas välbefinnande.

Förståelse av omvårdnadsrelationen kräver också förståelse av vårdarnas tänkande och inställningar till olika fenomen i vården. En del sådana studier har genomförts inom omvårdnadsforskningens ram. Till exempel har Lûtzen (1993) studerat psykiatriska sjuksköterskors moraliska resonemang. Deras sätt att resonera och följaktligen fatta beslut påverkar i sin tur vårdtagarnas självbestämmande och välbefinnande. Jansson (1993) och Åström (1995) har studerat sjuksköterskors tänkande inom bl.a. medicin, kirurgi och geriatrik.

Olika forskningsresultat visar tydligt att omvårdnadsrelationens kvalitet har stor betydelse för patienter och deras närstående. Dess betydelse för kvalitet i vården av patienter i respiratorbehandling belystes i Bergbom–Engbergs avhandling (1989). Intervjuer med 304 vårdtagare med erfarenhet av att behandlas i respirator tydde på att hälften av vårdtagarna mindes respiratorbehandlingen. Anmärkningsvärt är att 36 procent av vårdtagarna uppgav en känsla av otrygghet och rädsla på grund av den tekniska utrustningen, medan 34 procent uppgav att närvaron av en sjuksköterska som de kände tillit till förstärkte deras känsla av trygghet och säkerhet. Närvaron av en duktig sjuksköterska kunde således minska vårdtagares rädsla och otrygghet relaterade till upplevelsen av att behandlas i respirator. Blivande föräldrar har betonat betydelsen av att deras upplevelser och förhoppningar tas på allvar och att barnmorskan har en bekräftande hållning och stimulerar till dialog när hon undervisar dem (Hallgren och medarbetare 1994, 1995). Gustafson (1992) presenterar i sin avhandling en modell för bemötande av vårdtagare. Resultaten baserade sig på intervjuer med personer som hade sväljningssvårigheter. I modellen betonas intresse, respekt, förståelse och kompetens som viktiga delar för att vårdtagaren skall känna sig bekräftad i mötet med personalen.

I vissa typer av omvårdnad är omvårdnadsrelationen särskilt svår eftersom vårdtagarens språk (grunden för kommunikation mellan vårdare och patient) är påverkat eller fungerar utifrån annorlunda logiska regler. Det är t.ex. ett problem i omvårdnaden av psykiskt sjuka till exempel schizofrena (Pejlert och medarbetare, 1995), s.k. särskilt vårdkrävande (Hellzén och medarbetare, 1995), omvårdnaden av personer som i samband med andra sjukdomar drabbas av tillfälliga förvirringstillstånd och demensdrabbade. Andersson och medarbetare (1993) redovisade i en fallstudie att det uppstod ett totalt brott i kommunikationen mellan vårdarna och en kvinna som efter att hon opererats för höftfraktur blivit konfusorisk. Kommunikationen hindrades till följd av att vårdare och patient kommunicerade utifrån helt olika perspektiv. Vårdarna kommunicerade till kvinnan utifrån realitetsorientering vilket är ett vanligt sätt att närma sig förvirrade personer. Kvinnan kommunicerade utifrån sin levnadshistoria och tycktes använda sina tidigare erfarenheter som metaforer för hur hon

upplevde den pågående situationen. Resultaten från studien pekade emellertid på att det finns anledning att ifrågasätta det närmelsesättet. Således kan det i kommunikationen med patienter i svåra situationer ställas krav på vårdarna att de måste kunna tolka metaforiskt tal (Häggström och medarbetare 1994, Söderberg och Norberg 1995).

En stor del av omvårdnadsforskningen som behandlar omvårdnadsrelationen rör relationer till demensdrabbade. Vårdarnas syn på patienter som har svårt att förstå och göra sig förstådda är relaterad till hur de tolkar livet (Asplund 1991, Norberg 1996) och har stor betydelse för i vad mån de anstränger sig för att göra sig förstådda och förstå. Demensdrabbade som beter sig, i andra människors ögon, avvikande sägs ge uttryck för beteendestörningar och olika beteenden betraktas som utlösta av sjukdomen och därför meningslösa. Det leder ibland till att personalen inte anstränger sig för att försöka förstå om det finns en mening i beteendet och till att patienter isoleras psykologiskt (Hallberg 1990). Dementa som varken har ett lättbegripligt icke verbalt eller verbalt språk betraktas ibland som "tomma" i betydelsen att de saknar ett inre liv och upplevande. Studier har emellertid visat att det finns vårdare som tycks ha en god förmåga att förstå dessa gravt dementa och förmåga att göra sig förstådda. De lyckas etablera en relation till patienten vilket i sin tur tycks ha stor betydelse för personalens positiva upplevelse av arbetet (till exempel Athlin 1988, Åkerlund 1990, Asplund 1991, Jansson 1993, Hallberg och Norberg 1995, Hallberg och medarbetare 1995, Eggers och Norberg 1995). Således tycks en fungerande omvårdnadsrelation skapa en god cirkel för båda parter och det omvända förhållandet har negativa effekter för båda parter. Negativa spiraler i relationen mellan den som vårdas och den som vårdar kan bidra till vanvård och övergrepp.

Vårdtagares och närståendes ställning i omvårdnaden

Det finns en risk för att ensidigt fokusera vård och omvårdnad som företrädesvis professionella verksamheter. Omvårdnad är i hög grad en naturlig aktivitet i människans förhållande till sig själv och andra. Behovet av att enskilda människor har en högre beredskap att handla i förhållande till sin egen och närståendes sjukdom och ohälsa bör således beaktas i ett framtida perspektiv. En beredskap för att kunna ta ett sådant ansvar borde rimligen grundläggas redan i grundskolan och successivt byggas på under hela skoltiden och under vuxenlivet. Krav bör till exempel kunna ställas på att utbildning från förskola till

gymnasium förbereder för egenvård och vård av närstående. I viss sådan undervisning kan det vara fördelaktigt att professionell vårdpersonal undervisar. Lindell (1995) argumenterade för att barnmorskor och skolsköterskor i högre utsträckning skulle undervisa i sex och samlevnad. Hon stödde sig bland annat på att eleverna inte var nöjda med den undervisning de erhållit av skolans lärare.

Elementära kunskaper om sjukdomar, livsstilars betydelse för sjukdom och ohälsa, omvårdnad och behandling av enklare åkommor bör vara självklara inslag i olika utbildningar från grundskola. Beredskapen att ta ansvar för sin egen och närståendes omvårdnad kan också främjas genom att till exempel praktik på sjukhus, akutmottagningar eller liknande finns inlagt i gymnasiestuderandes program. För närvarande finns det en risk att människor isoleras från sjukdom, lidande och död. Till exempel skulle ungdomars alkoholvanor kanske påverkas om de fick uppleva vilka praktiska konsekvenser missbruk av alkohol samt alkohol i kombination med bilkörning kan få. Friska människors isolering från ohälsa, sjukdom och död bidrar inte bara till att de isoleras från sin egen eventuella ohälsa. Det bidrar också till en bristande insikt om den offentliga sektorns betydelse för samhället som helhet.

Ohälsa innebär i sig en upplevelse av att makten över den egna tillvaron minskas eller går helt förlorad. Det gäller såväl den sjukes som närståendes känsla av makt och kontroll över den egna situationen. Känslan av förlorad makt kan ytterligare förstärkas i relation till professionella yrkesutövare vilket i sin tur negativt påverkar sättet att förhålla sig till sin egen behandling och omvårdnad. Sätterlund-Larsson (1989) fann att läkare kunde dominera över patienten i samtalssituationer med subtila medel. "Medicinens röst" dominerade över "livsvärldens röst". Det kunde till exempel innebära att läkare och patienter hade olika uppfattningar om i vad mån komplikationer hade tillstött efter en operation. Patienter som upplevde komplikationer som inte erkändes av läkaren mådde dåligt. Personal och patienter har olika uppfattningar om problem och dess betydelse. Sjöström (1995) fann till exempel att vårdpersonal genomgående underskattade styrkan i patienters postoperativa smärta. Är personalen okänslig för patienters upplevelser av problem är det lätt att patienter ger upp och lämnar över ansvaret till de professionella.

Omvårdnadspersonalens uppgift är att inte ta ifrån den sjuke eller närstående deras makt över situationen utan snarare att förstärka deras upplevelse av makt och av att "äga sin egen situation". Boman och medarbetare (manuskript insänt för publikation) fann att upplevt välbefinnade och grad av ångest hängde ihop med känsla av tillit till vårdpersonalen. Gustafsson (1992) och Pålsson (1995) har visat att kvaliteten i mötet med vårdpersonal är av stor betydelse för

upplevelsen av situationen som sjuk för personer som hade svårt att svälja respektive hade drabbats av bröstcancer. Förmågan till egenvård hos den enskilde sjuke och dennes familj minskar rimligen om makten över den egna situationen förloras. Lundman (1990) fann till exempel att de diabetiker som kombinerade objektiva metoder för kontroll av blodsocker med sina egna upplevelser av blodsockernivån genomgående hade den bästa metabola kontrollen och den mest positiva upplevelsen av hälsa. Hansson Scherman (1995) rapporterade att personer med astma/allergi distanserade sig från den vård som ordinerats av vårdpersonal och hittade egna individuella lösningar över en period av åtta år. Vårdtagares tillfredsställelse med kirurgisk vård pekar på att vården kan utvecklas vad gäller patienternas möjligheter till att fatta beslut om sin egen situation och deras tillgång till kunskap som möjliggör beslutsfattande (Jacobsson och medarbetare 1994).

Studier i psykiatrisk omvårdnad visade att vårdtagare som formulerade sin vårdplan tillsammans med vårdpersonalen i ett inledningsskede upplevde att deras symtom minskade mer än de vårdtagare som kontaktpersonerna formulerade vårdplanen för (Hansson 1987). I omvårdnaden av dementa personer påverkades vårdtagarnas funktionsförmåga av om personalen försökte ge "makt" till dem (Edberg och medarbetare 1996). När personalen gav utrymme för och inbjöd vårdtagarna att delta i morgontoaletten ökade patienternas aktivitet och graden av ömsesidighet i samspelet mellan patienter och vårdare trots att demenssjukdomen rimligen progredierade. På en kontrollavdelning blev vårdtagarna passivare och gjorde mera motstånd mot vårdarna. Liknande resultat redovisades av Kihlgren och medarbetare (1993) d.v.s. det sätt omvårdnadspersonalen hanterade makt på hade betydelse för vårdtagarnas aktivitet.

Vårdtagare och deras närstående bör få en starkare ställning i omvårdnaden. Ett förhållningssätt som återupprättar känslan av egenkontroll bör prioriteras framför andra förhållningssätt. I HSL (SFS 1982:763) betonas betydelsen av vårdtagarens medbestämmande vid val av behandling. Detta framhålls även i tilläggsdirektiven för HSU 2000. I Månsson–Lindströms avhandling (1994) beskrevs att personer med urininkontinens ofta upplevde skam, osäkerhet, oro och nedstämdhet. Hon tillfrågade 62 individer över 65 år om hur de hade kunnat medverka i valet av blöja, varvid 75 procent uppgav att de hade samma blöja som ordinerades första gången, trots att endast 15 procent var nöjda med det hjälpmedlet. Rutiner saknades för samråd med vårdtagare om val av hjälpmedel och rutiner för blöjbyte var kopplade till personalens schema och bemanningen. Om byte till "nattblöja" till exempel utfördes vid en senare tidpunkt kunde eventuellt vårdtagaren klara sig med en blöja, vilket skulle bli mer kostnadseffektivt. Rådande rutiner kunde emellertid leda till att vårdtagaren påtvingades ett extra

blöjbyte under natten (störd nattsömn och trötthet) föranlett av att blöjan hade satts på "för tidigt" inför natten och med ökad kostnad som följd. Positiva erfarenheter av ökat inflytande har bl.a. rapporterats av Waldenström (1993) från en alternativ förlossningsvård. Föräldrarna gavs större utrymme till inflytande redan under graviditeten och under förlossningen vilket visade sig ha positiva konsekvenser.

Föräldrars medverkan i barnens omvårdnad vid sjukdom är mera etablerad och har en längre tradition än vuxnas medverkan i omvårdnaden av en närstående. Erfarenheterna därifrån kan därför i viss mån tjäna som modell och förebild för samarbete i omvårdnaden av vuxna. Kristensson–Hallström och medarbetare (1994) kunde i studier rörande föräldramedverkan urskilja tre grupper av föräldrar; de som ville överlämna vården till personalen, de som ville delta mera för att det gav en känsla av trygghet och de som ville delta mera för att de upplevde att de hade kunskap som var viktig. Utökad familjemedverkan har bl.a. inneburit mindre illamående hos barnet, mera tillfredsställda föräldrar och tidigare utskrivning. Möjligen är föräldrar också mera skickliga i att utläsa barnets olika signaler t.ex. närvaron av smärta. Studier av ovan nämnda slag kan bidra till att utveckla formerna för föräldramedverkan och därmed effektivisera vården. De kan sannolikt också vara inspirationskälla för samarbetet med närstående i vården av vuxna.

Hinder och förutsättningar för närståendes delaktighet i omvårdnad

I HSL betonas autonomiprincipen så starkt att det kan utgöra ett hinder för att involvera vårdtagares familjer och leda till minskat samarbete med dem. Det vill säga individen sätts i fokus snarare än det sociala system i vilket han eller hon lever. Närstående tillvaratas därmed inte som samarbetspartners i vård på institution och/eller i hemmet. Rasmusson och medarbetare (manuskript insänt för publikation) fann till exempel att familjemedlemmar kände sig utanför och dåligt informerade om den närståendes sjukdom vid akut leukemi samtidigt som de på olika sätt försökte hjälpa sin sjuke familjemedlem i kampen för överlevnad. I förarbetena till HSL betonas familjens delaktighet i vården av den sjuke. Det har däremot inte formulerats med samma styrka i den slutliga lagtexten. Persson och medarbetare (1995, 1996) visade också att vid sjukdom (akut leukemi) deltog närstående i hög grad i omvårdnaden även på sjukhus. Ett bristande samarbete med familjen kan också förklaras av osäkerhet hos personalen. Interven-

tioner för att stödja personalen i omvårdnaden av demensdrabbade har till exempel visat sig medföra att personalen spontant valde att samarbeta mera med närstående och efterfråga deras kunskaper om den sjuke för att ge bästa möjliga vård (Hallberg 1995). Det innebär inte att vård lika väl eller med fördel kan ske i hemmet. Häggmark (1989) visade att närstående som medverkat i vården på institution av patienter med cancer i mindre grad var villiga att vårda patienten i hemmet än närstående som inte gjort denna erfarenhet. Häggmarks resultat underströk dock att ett aktivt stöd till närstående hade en positiv effekt på deras välbefinnande såväl före som efter patientens död.

Vård av närstående i hemmet

Samarbetet med närstående kan behöva utvecklas inte bara inom ramen för sjukhusvård och vid akut sjukdom utan också vid vård i hemmet. Det kan i sin tur göra vården effektivare. Till exempel efterlyser närstående kontakt och stöd från den professionella vården då de vårdar den sjuke i hemmet (Olivius och medarbetare 1993). Det har varit en politisk ambition att familjens vård av en sjuk i hemmet ska vara ett komplement till den offentliga vården. De få studier som finns rörande omfattningen av vård i hemmet visar att anhörigas insatser i vården till exempel av äldre är omfattande. År 1991 rapporterade Johansson att närstående svarade för åtminstone dubbelt så mycket vård åt äldre som den formella vården. Han betonade att de behöver stöd från samhället. Grafström (föredrag) redovisade att den offentliga vården och omsorgen till äldre minskat under de senaste åren. Rimligen betyder det att närståendes insatser ökat. I sin uppföljning av Ädelreformen rapporterade Socialstyrelsen (1995) att antalet löner till anhöriga hade minskat. Det finns inga egentliga beräkningar av hur mycket av den totala vårdkostnaden som närstående bär genom sina insatser. Det är snarare undantag än regel att äldre närstående uppbär lön för sitt vårdande. Blir det i framtiden politisk enighet om att familjens insatser för vård ska öka i förhållande till den formella vården måste också i högre grad än vad som nu sker ekonomisk ersättning övervägas.

Risker med för stort ansvar för familjen

Överförs för mycket ansvar för vård till familjen finns risk för vanvård och även övergrepp. Grafströms (1994, föredrag) studier belyser att närståendes vård av demensdrabbade är en krävande uppgift, särskilt vid mild och måttlig demens. Lång tid av upplevd psykisk påfrestning kan gå ut både över vårdandet, den vårdade och den vårdande. Saveman (1994) undersökte distriktssköterskors erfarenhet av övergrepp inom familjen. Distriktssköterskorna beskrev att övergreppen ibland var relaterade till komplicerade informella vårdrelationer och ibland till missbruk eller livslånga relationer i vilka övergrepp förekommit. I de fall vårdandet var en medverkande faktor till övergrepp var situationen oftast övermäktig parterna och det kunde leda till att den vårdande parten eller den vårdade begick övergrepp mot den andre. Distriktssköterskorna kände sig osäkra och villrådiga inför när och hur de skulle ingripa.

Det borde vara ett högt prioriterat samhällsintresse att formalisera stödet till närstående som vårdar och att också på ett systematiserat sätt samarbeta med frivilliga organisationer för att stödja vård av sjuka närstående. Socialstyrelsen (1994) har uppmärksammat problemet efter att studier visat att överbelastning på anhöriga bidragit till övergrepp mot den sjuke vårdtagaren eller att han/hon försummats. Övergrepp från den sjuke mot vårdtagaren behöver också uppmärksammas. För att närstående ska kunna bibehålla hälsa och vara en resurs behövs former för delaktighet och stöd till exempel i form av information, undervisning och avlösning. Stödet till närstående måste bygga på gedigna kunskaper i omvårdnad och medicin. Hur stöd och former för samarbete ska utvecklas måste rimligen variera från fall till fall.

Kunskaper om familjen och ett familjeorienterat arbetssätt i vården behöver fördjupas och i högre grad påverka det sätt som omvårdnad förmedlas på. Vårdens samarbete med familjer måste till exempel styras av kunskap om hur den aktuella familjens medlemmar förhållit sig till varandra före det att en part blivit sjuk. Sällström (1994) har genomfört en longitudinell studie över relationen mellan äkta makar då den ena parten drabbats av demens. Det framkom bland annat att personernas eget och familjens livslopp som helhet, hade betydelse för hur den friska makan/maken förhöll sig till och upplevde den demensdrabbade under sjukdomsförloppet; Till exempel hade relationen till föräldrar, mellan makarna under äktenskapet och till signifikanta andra till exempel släkt och vänner betydelse.

Inom psykiatrisk vård har familjens ställning under lång tid varit svag vilket kan förklaras av att familjen ibland betraktats som orsak till att familjemedlemmar blivit psykiskt sjuka. Orhagen (1992) visade

positiva effekter av psyko-pedagogiskt stöd till familjer med en schizofren medlem. Familjestödet syftar till att påverka de skyddande faktorerna inom familjen och därmed reducera vårdtagarens symtom. Det kan organiseras som enskilt familjestöd eller som undervisning och stöd i flerfamiljsgrupper. Inställningen till familjen är att familjemedlemmarna inte är skuld till den sjukes situation, att de är viktiga samarbetspartners och att de besitter betydelsefull kunskap och kännedom om den sjuke och dennes situation. Metoden bygger också på att familjen själv behöver kunskap, information och färdigheter för att hantera den sjukes situation, för att själv må bättre och för att hjälpa den sjuke att klara sin situation bättre. Arbetssättet är inte ekonomiskt krävande och bidrar rimligen till ekonomiska vinster i den utsträckning vårdtagares vårdtid och återinsjuknande kan minskas. Ekonomiska studier är genomförda i andra länder och visar på vinster. Inga liknande studier har genomförts i Sverige. Systematiserat familjestöd till psykiskt sjuka är för närvarande knappast en rutinmetod i svensk psykiatrisk vård.

Om ett mer familjeorienterat arbetssätt eller en ökad satsning på vård inom familjen ska kunna äga rum måste de förändringar som skett i det sätt på vilket människor bildar familj beaktas i högre grad. Benägenheten att ta vård om varandra hänger rimligen samman med djup och varaktighet i relationer innan någon part behöver vård. Sätten att bilda familj har ändrats drastiskt i Sverige från en relativt stabil kärnfamilj till komplicerade konstellationer mellan och inom de båda könen. Vuxna lever inte längre i lika hög grad tillsammans i livslånga parförhållanden. Familjer bildas och bryts upp, men relationerna kvarstår som följd av att det till exempel finns gemensamma barn. Komplicerade nät av relationer uppstår. Samtidigt har andelen ensamhushåll ökat. Fler och fler människor tycks välja att inte bo ihop med en annan vuxen person. Det innebär inte att personerna *inte* har starka relationer till andra vuxna. Å andra sidan kan man inte heller utgå från att personerna i sådana relationer är beredda att vårda varandra om behov skulle uppstå. Personerna har inte levt tillsammans i "livslånga" relationer. De har kanske levt i flera kortvariga relationer. Det är svårt att förutspå om de trender avseende familjebildning som finns kommer att bestå och i vilken grad de är bundna till välstånd. Det är också okänt vilka konsekvenser de nya sätten att bilda familj på kommer att ha vad gäller viljan att ta vård om varandra. Det är därför angeläget att öka kunskapen om i vilken riktning utvecklingen går och hur den utvecklingen påverkar benägenheten att vårda varandra såväl inom som mellan generationerna. De som kommer att vårdas år 2010 har levt i andra typer av familjekonstellationer än dagens vårdtagare.

Det gör det svårt att förutse morgondagens vårdtagares önskningar. Det är därför viktigt att ha en pågående och aktuell forskning om närståendes förmåga och villighet att ge vård i hemmet och delta i vård på institution.

Undersökningar som belyser människors uppfattningar om vård av närstående i förhållande till offentlig vård och omfattar dagens äldre generation kan inte enkelt överföras till morgondagens äldre generation. Euro–barometerstudien där över 1 000 svenskar tillfrågades om vem de ansåg borde täcka det ökade behovet av omsorg, hjälp och sjukvård visade att endast ett fåtal ansåg att familjen borde ta större ansvar. De flesta ansåg det vara en uppgift för kommuner och landsting. Studien gav också belägg för att de äldre i Sverige klart föredrog offentlig omsorg framför vård av närstående. För att rätt balansera familjens vårdinsats i förhållande till den offentliga sektorns är det angeläget att utveckla former för samarbete. Genom sin kunskap om omvårdnad och medicin och sin tillgänglighet (dygnet runt i sluten vård) kan sjuksköterskan undervisa, informera, instruera och stödja de närstående. En kontrollerad studie genomförd i Danmark har visat att systematisk uppsökande verksamhet riktad till äldre i egna hem och genomförd av omvårdnadspersonal minskade konsumtionen av akutvård (Hendriksen och medarbetare 1984).

Den starka förändring som ägt rum i familjebildning gör det också nödvändigt att ge begreppet närstående en ny innebörd som är anpassad till dagens och framtidens familjestruktur. Det behövs en översyn av lagstiftningen, till exempel om vem som i den sjukes ställe har rätt att fatta beslut om att avbryta behandling, ge organ eller vem som har rätt till information. En modell kan vara att varje person själv avgör vem som ska betraktas som närstående (ställföreträdare) (se Norberg & Athlin 1987). Det är också nödvändigt att innebörden i begreppet familj ses ur ett transkulturellt perspektiv. Vården av närstående har olika innebörd beroende på den kultur personerna kommer ifrån. I vissa kulturer är det självklart att anhöriga vårdar sin närstående även när de är på sjukhus och i andra kulturer är det främmande för familjen (se t.ex. Häggström och medarbetare 1996).

Frivilliga – en resurs i vården?

Frivilligt socialt arbete i Sverige behöver uppmärksammas av den offentliga sektorns representanter och i en diskussion om samhällets vård och omsorg som helhet. Samtidigt som det sociala frivilliga arbetet har en viktig roll som utanförstående och därmed oberoende

kritiker av den offentliga omsorgen är det angeläget att samarbete med den offentliga sektorn etableras. De som aktivt genomför frivilligt socialt arbete kan måhända utgöra ett viktigt komplement utan att det står i strid med intentionen om en gemensam sektor för vård och omsorg. Undersökningar från Sköndalsinstitutet (se bl.a. Grassman och medarbetare 1995, Westman, Ternestedt 1995) visar att befolkningen i Sverige jämfört med andra europeiska länder har en omfattande frivillig sektor. De knyter det till den omfattande folkrörelsetraditionen i Sverige. Sverige har en ledande ställning även internationellt sett när det gäller engagemang i organisations- och föreningsliv. De påpekar "att trots det har den frivilliga sektorns socialt inriktade verksamheten inte på allvar uppmärksammats i välfärdsdiskursen före 1990–talet" (s 87 a.a.). Det kan kanske vara en förklaring till att det frivilliga arbetet främst sker inom idrotts- och fritidsorganisationer. Den typen av frivilligt arbete måste betraktas som en viktig del i det förebyggande hälsoarbetet. Sverige intar en ledande ställning i sådan frivillig aktivitet jämfört med sju andra europeiska länder. Vad gäller frivilligt socialt arbete har Sverige däremot en mera blygsam aktivitet. Orsakerna till det måste analyseras och ställas i relation till vilken utveckling som är önskvärd i framtiden. Det kan rimligen inte förklaras av ett ointresse för frivilligt arbete i Sverige eftersom Sverige totalt sett kom på andra plats i en jämförelse med de 7 europeiska länderna.

Samarbete krävs mellan akutvård och vård i hemmet

Gränserna mellan klinisk omvårdnad och hemsjukvård kommer rimligen att suddas ut i framtiden till följd av att vårdtider på sjukhus i samband med akut insjuknande och elektiv behandling minskar. För att problem i möjligaste mån ska kunna lösas i hemmet, i primärvården och/eller i den kommunala omsorgen och för att undvika onödiga besök inom akutvården krävs en omstrukturering av vården som helhet och därmed också av omvårdnaden. Det krävs till exempel att den kompetens som erfordras för att klara mer och fler specialiserade uppgifter i hemmet finns tillgänglig. Sjuksköterskor med specialkunskap inom ett område (nurse practitioners/clinical nurse specialists) bör till exempel finnas som handledare för distriktssjuksköterskor som tar hand om vårdtagare i hemsjukvård vars omvårdnad kräver handhavande av ny avancerad teknik. Rimligen innebär den framtida hälso- och sjukvården att medicinsk behandling och kirurgiska ingrepp kan ske ambulatoriskt. I glesbygd kan det till exempel genomföras behandlingar i vårdtagarens

närhet med stöd av telekommunikation. Lag av specialister kan förflytta sig från centralorten till avlägsna orter och där genomföra planerade behandlingar och ingrepp. Behandlingen kan ha förberetts av personal (generalister och specialister) på orten. Den personalen kan också ansvara för eftervården. Det ställer också krav på att det även för omvårdnadsspecialister utvecklas och finns tillgång till datoriserat stöd och telekommunikation så att generalistutbildad personal, närstående och vårdtagare kan erhålla specialiserat stöd på ort och ställe och att omvårdnadspersonal kan stå i förbindelse med andra specialister. Distriktssköterskor kan till exempel behöva hjälp med bedömning av bensår och val av metod för omläggning, då svårt sjuka (t.ex. cancer) vårdas i hemmet och "generalistsjuksköterskor" kan behöva rådgöra med specialistsjuksköterska om hur illamående, svåra munsår, smärtlindring m.m. kan åtgärdas.

Kostnadseffektiv omvårdnad kräver rätt personal på rätt plats i organisationen

Kostnadseffektivitet handlar om att personal med rätt kompetens används på rätt nivå i organisationen. Personalkostnaderna inom vården utgör för närvarande ungefär 60 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Trots att omvårdnadspersonal i jämförelse med andra grupper har relativt låga löner går en övervägande del av personalkostnaderna till deras löner. För att personalen ska kunna användas på effektivast möjliga sätt behövs en översyn av att personal med rätt kompetens används inom rätt område. Det behövs också en översyn av utbildningen till sjuksköterska framför allt avseende specialisering. Det är till exempel tänkbart att sjuksköterskor behöver annan kompetens än den som föreslås i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor (augusti 1995). Personal med en omfattande och varierande kompetens för allmän och i synnerhet specifik omvårdnad kan komma att behövas i ökande omfattning. Ett flexiblare och mera mångfacetterat system för specialisering än nuvarande vidareutbildningar för sjuksköterskor skulle innebära större smidighet och beredskap för förändring.

Specialistsjuksköterskor kan vara ekonomiskt

I vissa fall kan det vara kostnadseffektivt att sjuksköterskor tar ett primäransvar för en särskild grupp av vårdtagare oberoende av om de behöver vård i hemmet, i öppen eller sluten vård. Det kan till exempel röra personer med svår yrsel. Mendel (1995) fann att patienter i samband med yrsel upplevde att besvären var så svåra att de inkräktade på patientens hela vardagssituation. Yrsel botas ganska sällan med medicinska åtgärder och behovet av omvårdnad är stort för de som inte kan botas eftersom de måste lära sig leva med sin yrsel. Ett annat exempel på hur sjuksköterskor kan hjälpa patienter att leva med ett varaktigt tillstånd eller en förändrad livssituation har undersökts av Nordström (1990). Kvinnor med urostomi påverkades starkt negativt av om läckage förekom eller om det fanns risk för läckage från stomibandaget. Det ledde till minskad social aktivitet och förändrad kroppsuppfattning och svåra hudproblem på grund av olämpligt bandage. I de här beskrivna fallen har patienter med svår sjukdom, oberoende av medicinsk diagnos, en förändrad förmåga till egenvård och därför ett stort behov av omvårdnad. Deras situation och behov kräver inte i första hand medicinsk behandling och kan tillgodoses av sjuksköterskor som har så mycket medicinska kunskaper att de kan bedöma när läkare behöver involveras. I den mån systemet med primärsjuksköterska som ansvarig för en grupp patienter utvecklas för vissa grupper kräver det utvärdering även ur ett ekonomiskt perspektiv.

Underlag för ekonomiska beräkningar

Kostnadseffektiv omvårdnad förutsätter att metoder för omvårdnad är effektiva såväl ur kvalitets- som ur kostnadssynpunkt. För närvarande finns inget tillförlitligt system för att beräkna kostnader för omvårdnad. DRG används allt oftare i svensk sjukvård för ekonomiska beräkningar och fastställande av vårdkostnader. Systemet är inte relaterat till vårdtagarnas behov av omvårdnad utan enbart till den medicinska diagnosen. Eftersom behov av omvårdnad och medicinsk behandling inte nödvändigtvis följer varandra gör det DRG ensamt till ett svagt ekonomiskt system. Levenstam (föredrag) har översatt och vidareutvecklat ZEBRA–systemet för svenska förhållanden. Zebra är ett system för resursbedömning och planering vilket består av två delar; en patientklassifikation som bygger på bestämning av tidsåtgång för omvårdnad och indelning av patienter i olika vårdkategorier samt en aktivitetsstudie i vilken beräkning sker av hur många minuter som

ägnas åt omvårdnad per vårdkategori och dygn. Utfall på ZEBRA och DRG har jämförts och visade på bristande överensstämmelse.

För att omvårdnadskostnaden skall kunna beräknas måste också kvaliteten på genomförd omvårdnad beaktas. Rush Medicus Process Instrument mäter såväl vad som görs som hur det genomförs och relaterar det till vårdform och patientklass. Vårdtagarna klassificeras med hänsyn till deras omvårdnadsbehov. För närvarande prövas instrumentet för svenska förhållande bl.a. i Umeå (Athlin och medarbetare 1992).

Ett annat instrument, översatt och utprovat för svenska förhållande är The Resident Assessment Instrument (RAI) avsett för bedömning av äldre personers funktionsförmåga, fysisk, psykisk och social (Hansebo 1994). Instrumentet är tänkt att användas för att förbättra individuell vårdplanering och dokumentation inom äldreomsorgen. Det kan indikera kvalitetsbrister i omvårdnaden och därmed initiera förbättring av kvaliteten i omvårdnaden.

Gemensamt för de nämnda instrumenten är att de är avsedda för generella bedömningar. Hög omvårdnadskvalitet och tillförlitliga kostnadsberäkningar kräver emellertid också att mera specifika aspekter av omvårdnaden kan bedömas. Hamrin (1981) och Hamrin och medarbetare (1982, 1988) har under lång tid arbetat med metodutveckling för bedömning av strokedrabbades funktionella förmåga och för att därmed kunna bedöma effekter av omvårdnads- och rehabiliteringsprogram. Det har bl.a lett fram till utveckling av ett aktivitetsindex vilket kan användas i bedömning av effekter av interventioner. Rimligen skulle i förlängningen ett sådant instrument kunna användas även för ekonomiska beräkningar.

Det föreligger således behov av att system för ekonomiska beräkningar av medicinsk behandling kompletteras med system för ekonomiska beräkningar av omvårdnad. Det senare kräver generella och specifika instrument för bedömning av omvårdnadsbehov och kvalitet.

Omvårdnadsforskning; bidrag till kostnadseffektiva metoder

I och med att system för ekonomisk beräkning av omvårdnad saknas kan i de flesta fall inte heller olika metoder ställas mot varandra ur ekonomisk synvinkel. Doktorsavhandlingar i omvårdnad har fokuserat effektiviteten av olika metoder i omvårdnaden. De har dock endast i begränsad omfattning inkluderat kostnadsaspekter. Litteratursökning

tyder på att det även internationellt saknas studier som behandlar omvårdnad ur ett ekonomiskt perspektiv. Lindholms avhandling (1993) innehåller exempel på utveckling av metoder för omvårdnad, speciellt bedömning, behandling till exempel omläggning och olika typer av bandage för att behandla bensår. Hon visade att mellan 50– 80 procent av bensåren läktes efter systematisk behandling. Detta innebär rimligen att kostnaderna för behandling av bensår kan reduceras. I senare undersökningar påvisade Lindholm (föredrag) brister i medicinsk bedömning och olikheter i behandling av bensår som inte är vetenskapligt motiverade.

Gardulf och medarbetare (1995a, b) redovisar ett annat exempel på områden där effektivitetsvinster kan göras. Stora besparingar kunde göras i sjukvården och för vårdtagaren när en sjuksköterska utvecklade och applicerade ett program för att ta tillvara patientens egen förmåga att behandla sig själv i hemmet. Det gällde patienter med livslång gammaglobulinbehandling för svår medfödd antikroppsbrist. Först undervisades patienterna i hur de själva kunde sköta sin regelbundna behandling och sedan fick de genomföra den i hemmet.

I de fall omvårdnadsforskning fokuserat kliniska omvårdnadsproblem där kan resultaten ligga till grund för höjning av effektivitet i omvårdnaden. Axelsson och medarbetare (Axelsson 1988, Jacobsson och medarbetare 1996) har utvecklat metoder för att behandla svårigheter att äta vilka uppkommit i samband med slaganfall. Svårigheter att äta uppmärksammas ibland inte i samband med behandling för grundsjukdomen och innebär oupptäckt sänkt livskvalitet och ökade kostnader. Det kan också leda till allvarliga komplikationer som lunginflammation och undernäring. I andra fall upptäcks svårigheterna men systematiskt utvärderade metoder för behandling och alternativ saknas och/eller är inte kända på den aktuella vårdenheten. För vissa problem används omvårdnadsmetoder som i ringa grad har varit utsatta för vetenskaplig granskning. Exempel på sådana problem är trycksår och trycksårsbehandling. Ek och medarbetare (1982, 1984, 1985a, b, 1987a, b, 1991) har studerat omfattningen av trycksår hos inneliggande patienter, hudblodflödet hos patienter med trycksår, påverkan på hudblodflödet genom massage och relationen mellan utveckling och läkning av trycksår och patientens näringstillstånd. Genom studierna har riskfaktorer som t.ex. nedsatt aktivitet, rörlighet och undernäring isolerats och fortsatt genomförs experimentella studier för att utvärdera effekter av förhöjt näringsintag. Genom denna typ av långsiktig kunskapsuppbyggnad inom ett för omvårdnaden viktigt område kan etablerade och mindre väl motiverade arbetssätt ifrågasättas och mera kostnadseffektiva metoder utvecklas.

Andra exempel på omvårdnadsforskning som bidragit till att utveckla metoder är Ehnfors (1993) och Theorell–Ekstrands (1994) avhandlingar om dokumentation av omvårdnad. Det system för dokumentation som presenterades (VIPS) har på kort tid fått stor spridning i landet och används nu på många sjukhus. Det faktum att systemet så snabbt införts på så många håll i landet kan innebära en risk för att det inte blivit tillräckligt utvärderat och vidareutvecklat. Det är följaktligen angeläget att nu utvärdera och vidta eventuella förändringar för att systemet ska bli optimalt.

Förändrad organisation av omvårdnad

På flera håll i landet har vårdavdelningar omstrukturerats till att vara gemensamma för flera kliniker snarare än specifika för en klinik. Sådana organisationsförändringar har till exempel genomförts inom cancervården. Nordqvist (föredrag) beskrev utvecklingen av en vårdkedja med ansvar för personer med tumörsjukdom omfattande femdygnsvård, hemsjukvård och hospiceverksamhet. Inom verksamheten tar man ansvar för råd och stöd, hjälp och åtgärder till exempel smärtlindring och hjälp med krisbearbetning till vårdtagare och deras närstående. Verksamheten innebär att kompetens och resurser finns samlade i en och samma organisation, ansvaret är geografiskt och personerna som arbetar i organisationen är rörliga beroende på var deras insats behövs, dvs de är inte bundna till en specifik arbetsplats. Omvårdnadens inre organisation måste också beaktas i ett framtida perspektiv. Under de senaste åren har olika system för omvårdnadens inre organisation avlöst varandra och nya har ansetts vara bättre än tidigare. I ringa omfattning har de olika systemen utvärderats för dess effekter på omvårdnadens kvalitet och för dess kostnader. För närvarande tillämpas system med en primärsjuksköterska ansvarig för en bestämd patients omvårdnad och det anses vara det mest effektiva. Ibland är sådana system kopplade till att sjuksköterskor genomför all omvårdnad och grundbemanningen förändras till enbart sjuksköterskor. Ibland genomförs det i formen av att sjuksköterskor och undersköterskor bildar par som tillsammans tar ansvar för omvårdnadens planering och genomförande. Kostnadseffektiviteten i de olika systemen behöver utvärderas för att ändamålsenliga beslut om tjänster för framtidens omvårdnad skall kunna fattas.

Vissa skeden i omvårdnaden är kanske mera känsliga än andra för hur omvårdnaden är organiserad. Till sådana känsliga skeden hör vård i livets slutskede. Döden är det ofrånkomliga slutet på livet och som trots det ofta är förenat med ångest och smärta för den döende och för de närstående. De koncentrerade omvårdnadsinsatser som genomförs till exempel på hospice ställer krav på vårdarna att bygga omvårdnaden av den döende på en djup förståelse av vad det innebär för den döende (jfr. Rasmussen och medarbetare 1995, Ternestedt 1994) och för dennes närstående. Rinell Hermansson (1990) fann att det sista levnadsåret i hög grad präglades av flera vårdperioder bl.a. i akut sjukvård vilket kanske inte ger de bästa förutsättningarna för vård i livets slutskede. Rinell Hermansson (1990) fann att t.ex. en fjärdedel av de avlidna (n=65) hade varit intagna på institution hela det sista levnadsåret medan omkring 30 procent vårdats högst en månad och endast 9 procent ej vårdats alls på sjukhus. Cirka 80 procent dog på sjukhus eller sjukhem. De kunde före det att de avled ha vårdats i hemmet men kom till sjukhus bl.a. för att närstående ej klarade av att vårda dem hemma. I de flesta fall inträdde döden efter en längre tids kronisk sjukdom och särskilt under det sista kvartalet försämrades den sjukes tillstånd dramatiskt. Möjligen skulle en särskilt ansvarig sjuksköterska med primäransvar för de äldre kroniskt sjuka kunna underlätta för den sjuke och dennes närstående. Han/hon skulle kunna medverka till att de närstående som så önskade också kunde följa den sjuke genom den sista delen av livet i hemmet eller under andra värdiga former. Rinell Hermansson (föredrag) betonade att det är synnerligen betydelsefullt att ha tillgång till hög kompetens nära vårdtagaren om ett minskat användande av de dyrare akuta vårdformerna skall kunna ske. Vård inom olika organisationer är som kommunicerande kärl och neddragning i en del leder till ökning i en annan del av vården. Dras vården ner totalt kommer det att påverka familjer och deras livssituation. Olika modeller för stöd och avlastning till familjer som vårdar närstående i hemmet behöver prövas och utvärderas.

Förmedling av kunskap mellan specialister och generalister

Det finns olika sätt att bidra med specialistkunskap till dem som inte har sådan kunskap men kanske har det huvudsakliga vårdansvaret för vårdtagare i eget eller särskilt boende. Hugosson (föredrag) beskrev ett palliativt rådgivningsteam för att stödja vården av svårt sjuka och döende i hemmet. En sådan verksamhet kan fungera som stöd till

generalister i primärvård och bygger på att arbetslagets medlemmar har kunskap om kontroll av symtom, nutrition, psykosocialt stöd och medicinsk teknik som kan underlätta livet och höja livskvaliteten för den drabbade. Rimligen påverkas också tillfredsställelsen med arbetet positivt för dem som omfattas av stödet. Rådgivningsteamet betjänar ett område med ca 120 000 invånare. Verksamheten utövas genom utbildning och konsultation. Utbildning erbjuds till samtlig landstings- och primärkommunal personal. Konsultationer ges i direkt kontakt med vårdtagare och på initiativ av personal i närheten av den aktuella vårdtagaren. Teamet hjälper till exempel till med smärtlindring, behandling med cytostatika, kontroll av komplikationer som illamående, hjälp och undervisning i handhavande av morfinpumpar och arteriella katetrar. Teamet har i sin tur tillgång till sjukhusets specialister i form av narkosläkare, dietist, kirurg etc. Vårdansvaret bibehålles hos personalen i den öppna vården och om inläggning blir aktuell kan vårdtagaren komma till den palliativa enheten på rehabiliteringskliniken.

Det är rimligt att anta att det är kostnadseffektivt att öka tillgången på högt kvalificerad och specialiserad omvårdnadspersonal vid mottagningar inom öppen vård och för vård i hemmen. I annat fall kan en onödig återremittering till den dyrbarare slutna vården bli följden. Den ökade andelen äldre med komplexa behov av omvårdnad kommer att medföra större efterfrågan på kvalificerad kompetens i omvårdnad. Det ökande vårdbehovet i hemmen kan antagligen, i viss mån, tillgodoses genom omfördelning av personal från sluten till öppen vård eller genom konsultation/behandling av omvårdnadspersonal från slutenvårdskliniker. Behovet av mera specialiserade och självständigt arbetande sjuksköterskor kan antagligen tillgodoses genom dem som utbildas på högre akademisk nivå. Det behövs alltså en översyn och ett ställningstagande till om vården skulle vara betjänt av att ha sjuksköterskor med till exempel magisterkompetens i omvårdnad och/eller med förstärkt medicinsk kompetens (motsvarande "clinical nurse specialists" respektive "nurse practioners").

Fungerande vårdkedjor

En fungerande vårdkedja inbegriper såväl samspelet mellan olika vårdgivare som samspelet mellan familj och vårdgivare. Den nuvarande organisationen med landstingskommunal och primärkommunal vård, sjukhusvård och primärvård är komplicerad och har lett till att stora problem uppstår i mellanrummen mellan vårdinstanser. Fungerande

vårdkedjor blir en allt viktigare aspekt av vårdens kvalitet. Baar (föredrag) hävdade att för att vårdkedjan ska kunna fungera krävs ett någorlunda gemensamt språk och system för kontakt mellan olika organisationer. En särskilt sårbar punkt är övergången mellan öppen och sluten vård. Hon redovisade ett dokumentationssystem och en metod vilken testats och vidareutvecklats för att säkra kvaliteten på informationen i denna övergång. Modellen för dokumentation bygger på den tidigare nämnda VIPS–modellen. Under två månader registrerades samtliga mottagna blanketter och analyserades avseende innehåll. Resultaten jämfördes med totala antalet utskrivna vårdtagare. Genom det kunde kvalitet i meningen frekvens av skriftligt överförd information undersökas. Resultaten visade på en låg grad av skriftlig information mellan vårdgivare och gav vägledning för fortsatt utveckling av överföring av information mellan vårdgivare.

Eftersom vårdtagare behandlas akut under allt kortare tid på sjukhus medför det en avancerad fortsatt hemsjukvård och kommunal omsorg. Det gör det extra viktigt att omvårdnad liksom vård i största allmänhet fungerar i en kedja där de olika delarna länkar fast i varandra på ett harmoniskt sätt. I en kritisk analys av vårdkedja som begrepp och som fenomen i vården framförde Linder (föredrag) tankar om att vårdkedjor snarare är uppbyggda utifrån professionernas och administrationens behov och intressen än utifrån vårdtagarnas väg genom vården. Hon betonade att vårdkedjor måste utgå ifrån ett vårdtagarinriktat synsätt. Fördjupade studier om vårdtagarnas väg genom vården skulle vara av värde då det finns anledning att förmoda att överlappande arbete sker likaväl som att det uppstår luckor genom att åtgärder ej vidtas. Enligt Linder ställer den nuvarande och framtida vården betydligt större krav på samarbete över professionella och organisatoriska gränser.

Pålssons (1995) avhandlingsarbete utgör ett annat exempel på hur vårdkedjan kan förstärkas till förmån för kvalitet i omhändertagandet av vårdtagaren. Distriktssköterskors stöd och uppföljning av vården medförde att nyopererade bröstcancerdrabbade kvinnor upplevde att vården blev bättre. Rimligen innebär effektiva vårdkedjor kvalitetsvinster i vården. Onödiga merkostnader som beror på att värdefull information om vårdtagarna ej överförs mellan olika delar av en vårdkedja kan undvikas.

För ett fungerande samarbete mellan primär- och landstingskommunal vård och omsorg krävs att en fungerande vårdkedja utvecklas. Bexelius (föredrag) redovisade erfarenheter av Ädelreformen. Hon pekade på den höga ambition som Ädelreformen haft och svårigheter som fortsatt begränsar samarbetet mellan olika vårdgivare. Till begränsningarna hör revirtänkande och misstro gentemot andra vårdares kompetens, ett problem som inte låter sig organiseras bort. Bexelius betonade att det måste utvecklas former för dialog. Det behövs gemensamma system för

fungerande vårdplanering i vilka även vårdtagarna deltar. Dimensioneringen av resurser måste anpassas till vårdtagarnas behov. Hon lyfte också fram betydelsen av att olika yrkesutövare tar på sig rollen av att vara handledare och utbildare och på så sätt bidrar till högsta möjliga kompetens nära vårdtagaren.

Som exempel på hur vårdkedjor brutits kan nämnas att Ädelreformen, i de fall kommunen inte samtidigt tagit över vården i eget boende, har lett till att distriktssköterskor inte alltid används optimalt. Genom sin breda kompetens för medicinska bedömningar och förmåga att förmedla kunskap till och handleda annan personal, vårdtagare och deras närstående kan distriktssköterskan fungera som kontaktlänk mellan sjukhuset och kommunens hälso- och sjukvård och omsorg och därigenom bidra till ett effektivare resursutnyttjande. Den ökade belastningen på distriktssköterskorna kan innebära minskat preventivt arbete och ökad delegering till personer med alltför låg formell och reell kompetens för arbetsuppgifterna. I framtiden kommer rimligen kraven på specialistkunnande bland distriktssköterskor att vara så stora att de antingen måste specialisera sig på olika områden eller arbeta tillsammans med andra specialiserade sjuksköterskor i den öppna vården. Den kliniska kunskapen måste hållas aktuell varför det måste finnas stark koppling mellan specialiserade sjuksköterskor till exempel i den slutna vården/och de som arbetar i öppen vård, alternativt måste de stela gränserna mellan sluten och öppen vård brytas upp. Moderna kommunikationssystem (IT) kan underlätta konsultation och samarbete mellan specialister på kliniker och specialiserade sjuksköterskor som arbetar utanför kliniker.

Ett exempel på ett led i vårdkedjan som inte alltid är så väl tillvaratagen är hälso- och sjukvårdens relation till skolhälsovården. En studie omfattande skolsköterskors syn på sin roll i förhållande till unga kvinnor med misstänkt eller konstaterad anorexia visade att skolsköterskorna i mindre grad involverades i behandlingen av ungdomarna (Lindström-Ahl, manuskript). Skolsköterskorna efterlyste kontakt med primärbehandlarna eftersom de ansåg sig ha speciella möjligheter att stödja de unga kvinnornas positiva utveckling.

Vårdens ledning

En effektiv vård förutsätter att varje profession har högt utvecklad kunskap, utrymme, befogenheter, ansvar och inflytande i förhållande till den betydelse dess kompetens har för vården som helhet. Den krympande ekonomiska basen för hälso- och sjukvård gör det ännu mer

betydelsefullt att stödja professioners olika kompetens- och ansvarsområden. För närvarande är organisation och ledarskap utformade utifrån föreställningen om hälso- och sjukvård som en medicinsk verksamhet även i de fall då omvårdnadsinsatser överväger. Den medicinska dominansen innebär en risk att andra vitala kompetensområden förblir outvecklade och att personal prioriterar bort det självständiga omvårdnadsarbetet till förmån för medicinskt orienterade insatser. Sjukvården är den enda verksamhet som har ett lagstadgat ledarskap förbehållet en yrkeskategori, vilket får anses otidsenligt. För närvarande utgör lagstiftning om vårdens ledning och vårdens faktiska ledningsstruktur ett hinder för utveckling av lagarbete. Det övergripande ansvaret för verksamheten, såväl mål, inriktning, metoder som administration, kräver att goda ledaregenskaper blir avgörande vid tillsättning av arbetsledare. Förmåga att se till helheter bör vara överordnad betydelsen av att ha en specifik vårdutbildning. Kunskap och utbildning inom administration, ekonomi, ledarskap och organisation bör vara ett krav. För att ett optimalt ledarskap ska kunna utövas kan det delas men även vara samlat, beroende på kompetens och aktuellt verksamhetsområde.

Effektiviteten inom varje enskilt kompetensområde förutsätter att vårdarna har en systematiserad kunskapsbas att falla tillbaka på, uttalade grundläggande värderingar och att de faktiskt tillåts att utöva inflytande på helheten och sitt eget arbete. I vårdens ledarskap betonas ofta rollen som administratör vilket kan medföra att "produktion och produktionskvalitet" inte betonas i makroplanets ledningsstruktur. Det övergripande budskap som förmedlas blir att administration, ekonomi och medicinsk behandling är verksamhetens viktigaste uppgifter. Rollen som administratör tenderar att få för mycket utrymme medan ledarskap fokuserat på rollerna som producent och samordnare oftast haltar betänkligt. Studier behöver genomföras vilka utvärderar olika ledarskapssystem i förhållande till verksamhetens effektivitet och särskilt beaktar administrativt inflytande. Det starka inflytande på ledarskapet som utövas från administration, ekonomiska styrsystem och medicinska intressen måste tonas ner till förmån också för ansvaret för och inflytandet från själva "produktionen av omvårdnad" och dess kvalitet.

Ledning av omvårdnadsarbete

I enlighet med tidigare resonemang måste ledning av vården ta hänsyn till vårdens olika delaspekter. Följaktligen måste omvårdnad ges samma status och ställning i vården som medicinsk behandling eftersom de är lika viktiga för vårdtagarna. Ett annat argument för det är jämställdhet mellan könen. I den nuvarande maktstrukturen har medicinsk behandling ett högt status mätt i löner och inflytande över beslut medan omvårdnadsarbete har lågt status. Maktstrukturen kan också ses ur ett genderperspektiv. Medicinsk behandling bygger i hög grad på en manlig tradition och manliga värderingar medan omvårdnadsarbete bygger på kvinnlig tradition och kvinnliga värderingar och dessutom huvudsakligen utförs av kvinnor.

Den struktur som råder för närvarande återverkar på anställdas och vårdtagares attityder. Nära mänskliga relationer värderas lågt medan tekniskt arbete på längre distans från vårdtagaren värderas högt. Sådana värdesystem och attityder återverkar negativt på dem som arbetar med de lågt värderade uppgifterna. Under de sista levnadsåren, vid kroniska sjukdomar eller livslånga handikapp är det kanske de nära mänskliga relationerna som är mest betydelsefulla. Man behöver ofta hjälp med det självklara. Det upplevs ofta förödmjukande att inte själv klara av enkel självklar intim egenvård. Sådana uppgifter är ytterst känsliga och om de nedvärderas i vårdapparaten kan det påverka utförandet negativt. Utförs den intima omvårdnaden på ett sätt som förstärker känslan av maktlöshet och kränker individens värdighet blir det dubbelt förödmjukande. Kränkt värdighet tar ifrån vårdtagaren makten över den egna situationen och ökar beroendet. Det behövs också ett kvinnoperspektiv i styrningen av vården. Det är viktigt att de "kvinnliga" arbetsuppgifterna ges samma inflytande och status som de tekniska, "manliga", uppgifterna. Sjuksköterskor har en speciell ställning i både sluten och öppen vård på det sättet att de ska bedöma när vårdtagares tillstånd är sådant att läkare måste tillkallas. De ska också självständigt kunna ta ställning till när livsräddande åtgärder omedelbart måste sättas in. I det vardagliga arbetet gör de täta observationer och ställer samman medicinsk information vilken de överlämnar till läkaren för bedömning och medicinska åtgärder. I den meningen har sjuksköterskor också ett ansvar för bedömningar vilka ligger till grund för läkares åtgärder och en nyckelposition i förhållandet mellan läkare och vårdtagare.

Ledning av omvårdnadsarbete är beroende av den framtida organisationen av hälso- och sjukvården. Det är inte självklart att nuvarande indelning i medicinska specialiteter och kliniker är det bästa systemet att bedriva vård på. Äldre personer vårdas till exempel inom

olika specialiteter. Därför måste kunskap om äldre människors hälsa och sjukdomar finnas inom de flesta specialiteter. Geriatrik som en distinkt specialitet kan sålunda ifrågasättas. Omvårdnad ges till patienter som vårdas inom alla medicinska specialiteter. I vissa fall borde kanske graden av omvårdnadsbehov och inte typen av medicinska behandlingsinsatser vara utslagsgivande för hur vårdenheter organiseras. Personal med varierande generalist- och specialistkompetens kan sköta hemsjukvård, öppen och sluten somatisk omvårdnad analogt med arbetets uppläggning inom sektorspsykiatrin. En total översyn av vårdens inre organisation behövs således. En sådan översyn bör kopplas till utvärdering av nyare organisationsformer till exempel vårdavdelningar som är gemensamma för flera kliniker. Avdelningar/kliniker för omvårdnad till vilka medicinsk behandling är en konsultfunktion kan också prövas. Det krävs också i framtiden organisationsformer som gör det möjligt att mer än hittills överskrida gränserna mellan landstings- och primärkommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. "Case management" kan lämpa sig för vårdtagare med långvariga och omfattande behov av omvårdnad. En person med lämplig kompetens, arbetsterapeut, kurator, läkare, sjuksköterska etc. samordnar vårdinsatserna för vårdtagare. Det är önskvärt att systematiskt utvärdera effektiviteten i omvårdnad när sjuksköterskor och undersköterskor arbetar i par i förhållande till att enbart ha sjuksköterskor. Det är också önskvärt att nya organisationsformer införs under kontrollerade former. Sådana försök bör vara föremål för systematiska utvärderingar innan de tillämpas i andra delar av landet.

Befattningshavare med gedigen kompetens i omvårdnad bör vara representerade på alla nivåer i hälso- och sjukvårdens organisation. Därigenom kan ansvar för omvårdnadsarbetet utkrävas och den kunskap som utvecklas i det praktiska omvårdnadsarbetet förmedlas till de organ där övergripande beslut fattas. Ledarskap och styrning måste förändras i takt med att det finns befattningshavare med högre kompetens att tillgå. Åtgärder bör vidtas för att rekrytera disputerade sjuksköterskor till omvårdnadsarbete, dess ledning och utveckling. Tjänster som omvårdnadschef/vårdutvecklingschef har inrättats på ett antal sjukhus till exempel i Östersund och Helsingborg. En ytterligare möjlighet till rationell förvaltning av omvårdnadskunskap ligger i att etablera systematiska relationer mellan institutioner för omvårdnad/vårdhögskolor och klinisk verksamhet. Kliniska lektorat och adjunkttjänster i omvårdnad skulle till exempel innebära att kompetens och kunskapsöverföring kunde äga rum till ömsesidig fördel för institutionerna för omvårdnad/vårdhögskolorna och den kliniska verksamheten.

Stödstrukturer i omvårdnaden

Det övergripande ledarskapet liksom ledarskapet på mellannivå (klinikföreståndare och avdelningsföreståndare) behöver förändras från nuvarande statiska system av fasta tjänster till flexibla tidsbegränsade system. Det behövs stödstrukturer för kritisk granskning av omvårdnadsarbete, reflektion och känslomässig avlastning för personalen. Det har bland annat Hedly (1993) visat på i sina arbeten om personalens upplevelser av att vårda döende patienter. En intervention bestående i individuellt planerad omvårdnad och indirekt klinisk handledning i omvårdnadsarbetet genomfördes på en vårdavdelning för demensdrabbade (Hallberg 1995). Såväl omvårdnadens kvalitet, som vårdtagarnas välbefinnande och personalens arbetstillfredsställelse, kreativitet, medkänsla och attityder till demensdrabbade utvecklades i positiv riktning och grad av leda och utbrändhet sjönk. I praktiken tog forskarna ett aktivt ledarskap över omvårdnadens genomförande och arbetsgruppens klimat. De administrativa frågor som inte var direkt relaterade till omvårdnadens genomförande fick "leva sitt tidigare liv". Forskarna engagerade sig först och främst i "produktionen" och det återverkade både på entreprenörsanda och på integration.

Ovan beskrivna resultat indikerar att verksamheter bör ställas inför kravet att varje vårdtagare har rättighet till planerad omvårdnad och att det i vården ska finnas stöd och ledningssystem som stödjer vårdarna i deras arbete för att bibehålla och uppnå hög kvalitet i omvårdnaden. Enligt Hallbergs förmenande (1995) skulle det som gjordes av forskarna kunna ha gjorts inom organisationen av de befintliga ledarna. Det kräver dock att ledarskapet tolkas och upprätthålls på ett annat sätt inte bara på "den lilla verksamhetens nivå" utan också från organisationen som helhet. Förväntningarna på ledarskapet skall vara att stöd och ledningsstrukturer först och främst fokuserar verksamhetens kärnaktivitet. Ovan beskrivna intervention gjorde verksamheten mera kostnadseffektiv, dvs inom samma budget höjdes kvaliteten i omvårdnaden, vårdtagarnas livskvalitet förbättrades och det psykiska slitaget på personalen minskade.

Kompetens och utbildning för omvårdnad

I rapporten "Landstingens ekonomi" (1995) redovisar Landstingsförbundet att det skett en förskjutning av sammansättningen av personal mellan olika grupper så till vida att sjuksköterskетätheten ökat. En

viss kalkylerad brist inom vissa specialistområden kan uppstå inom de närmaste åren varför det är angeläget att vårdhögskolorna beaktar detta.

En angelägen fråga för framtiden är huruvida omvårdnadspersonalen har rätt utbildning för de krav arbetet ställer. Inom kommunal vård och omsorg finns äldre personer vars medicinska tillstånd är komplext. Det ställer stora krav på att personalen har en god medicinsk kunskapsbas att handla utifrån. Socialstyrelsen (1995) har genomfört en granskning av den kommunala omsorgen och kritiserar där kvaliteten i vården. Framför allt brister det i det medicinska kunnandet och den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvarsområde är orimligt stort. Om den medicinska kunskapen saknas eller är otillräcklig är det stor risk för att initiala symtom på medicinska problem inte uppmärksammas och akutsjukvården blir den organisation till vilken man vänder sig trots att problemet skulle kunna åtgärdas i det egna boendet till lägre kostnad. Redan idag har medicinskt ansvarig sjuksköterska denna kompetens och detta ansvar, men antalet verksamma med professionellt kunnande inom kommunens vård och omsorg måste utökas. Det är inte självklart att ökande behov av medicinskt kunnande för bedömning och behandling i kommunal omsorg måste lösas genom ökat antal läkare. Problemet kan också lösas genom att antalet sjuksköterskor med specialistkompetens utökas i den kommunala verksamheten och genom att de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna ges regelbunden fortbildning och stöd.

För att lösa framtidens omvårdnad bör också övervägas hur den befintliga omvårdnadskompetensen används. Under 80–talet etablerades omvårdnadsforskning som ett självständigt ämne vid svenska universitet, i Umeå, Linköping och Uppsala. Icke besatta professurer finns i Örebro, Stockholm och Lund. Vid Göteborgs universitet finns en professor i vårdpedagogik och en adjungerad professor i omvårdnadsforskning. Inom de närmaste åren kommer troligen ytterligare ett antal professurer i ämnet att inrättas i landet. För närvarande har mer än 140 sjuksköterskor disputerat i/eller med inriktning mot omvårdnadsforskning/vårdvetenskap och mer än 200 sjuksköterskor genomgår forskarutbildning. Doktorsavhandlingar i eller med inriktning mot omvårdnadsforskning/vårdvetenskap till och med 1994 har analyserats och beskrivits av Heyman (1995). Många lärare vid landets vårdhögskolor och många kliniskt verksamma sjuksköterskor genomgår magisterutbildning i omvårdnad/vårdvetenskap. I detta ligger en betydande potential för att utveckla omvårdnadsarbetet. Den måste tillvaratas effektivt. Med tanke på den snabba utvecklingen är det förståligt att organisatoriska förändringar som gör det möjligt att ta tillvara deras kunskap inte har genomförts i lika snabb takt. I ett längre perspektiv är det ett oekonomiskt hushållande med tillgången på

kompetent personal. För kontinuitet, utveckling och tillvaratagande av kompetens i det praktiska omvårdnadsarbetet prövas en modell vid vissa sjukhus, till exempel Karolinska sjukhuset (Björvell 1993). Sjuksköterskorna får ökat ansvar i takt med att deras kompetens utvecklas. Under första året efter examen har de inte fullt ansvar för omvårdnaden utan handleds av mer erfarna kollegor. Sjuksköterskor med specialistutbildning och doktorsexamen ansvarar, där tjänster inrättats, för utbildning, forskning och utveckling av omvårdnaden på sin vårdenhet, klinik, sitt sjukhus eller landstingsområde. Detta system innebär att kompetens i omvårdnad används optimalt. För att den ansvarsfördelning som föreslås ska kunna komma till stånd krävs att modellen förankras hos sjukvårdsansvariga och fackliga organisationer. Det är angeläget att tjänstekonstruktioner av ovan beskrivet slag och till exempel kliniska lärartjänster inrättas så att resurser bättre tillvaratas och så att utbildning, forskning och klinik kan knytas samman.

I ett framtida perspektiv är det också angeläget att utvärdera nuvarande utbildning, särskilt specialistutbildningarna och längden på den grundläggande utbildningen. Vad gäller specialistutbildningar behövs det en utredning av huruvida behovet av mera specialiserade sjuksköterskor (nurse practioner och nurse specialists) skulle innebära förhöjd effektivitet i vården inte minst mot bakgrund av att den ökande andelen äldre vårdtagare med komplexa behov av omvårdnad. Sjuksköterskor med specialistutbildning har nått bra resultat med vissa svårbehandlade patientgrupper (t.ex. astmatiker, överviktiga, diabetiker, personer med högt blodtryck, stomier). I USA har kostnader för besök hos specialistsjuksköterskor (nurse practitioners) varit 20–50 procent lägre än för motsvarande läkarbesök (Segesten 1993). Eftersom utökade sjuksköterskeuppgifter visat sig medföra en lägre vårdkostnad trots kvalificerade omvårdnadsinsatser skulle en utveckling i den riktningen möjligen kräva en förlängd sjuksköterskeutbildning eller fördjupad specialistutbildning som ger behörighet som specialistsjuksköterska. Till exempel kan fördjupad utbildning ske i form av teoretiska studier och allmäntjänstgöring under handledning och med krav på "examensprov" före legitimation respektive behörighet utfärdas.

Det är angeläget att utbildningarna på samtliga nivåer, i större utsträckning än idag, gör det möjligt att anpassa specialistutbildning och kontinuerlig fortbildning till förändrade krav i hälso- och sjukvården. Det ställer också krav på andra typer av specialiseringar än vad som nu är möjliga att erhålla. Förändringar i nuvarande utbildningsprogram som en specifik vårdutbildning kan behöva lösas upp och ersättas av flexibla system av kurser. Sådana kurser kan göra det möjligt att specialutbilda sig efter vad arbetet kräver. Kurser kan göras tillgängliga för olika professioner och i viss mån kan gemensamma

baskurser organiseras för flera utbildningar. Det borde t.ex. övervägas om den grundläggande utbildningen i social omsorg skulle kunna vara gemensam med grundutbildningen till sjuksköterska och profilering mot hemtjänst inträdde på specialistnivå.

Utöver det reguljära utbildningssystemet bör det i vården satsas på att etablera möjligheter för att olika professioner skall kunna bibehålla sin expertkunskap. Kunskap genereras i allmänhet där kärnverksamheten (t.ex. specialistverksamhet) pågår och det innebär att de som skall verka mera perifert behöver ha en stark knytning till kärnverksamheten. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunal tjänst måste till exempel få möjligheter att bibehålla och utveckla sitt medicinska kunnande. Satsningar bör ske på en fortsatt kvalitetsutveckling av omvårdnadsverksamheten genom program för kompetensutveckling.

Framtida forskning och utveckling inom omvårdnad

Segesten (1995) intervjuade ledande sjuksköterskor från de nordiska och anglosaxiska länderna. Resultaten ger för handen uppfattningar att vården alltför mycket styrs av ett biomedicinskt synsätt. Omvårdnadens bidrag till människors hälsa blir därmed alltför osynligt, och det i sin tur kan leda till att sjuksköterskors kunnande inte tas tillvara på ett effektivt sätt.

Många rutiner och omvårdnadshandlingar som används i dag bygger på tradition och beprövad erfarenhet men har tidigare inte varit föremål för vetenskaplig prövning. Utvärdering av traditionell verksamhet kommer rimligen att innebära rationaliseringar i omvårdnadsarbetet. Ett viktigt och stort område att belysa är den kliniska omvårdnadens effekter och kostnader i förhållande till vartannat. För detta behövs kvantitativa randomiserade interventionsstudier.

I takt med att omvårdnadsforskningen vuxit blir det mer och mer angeläget att resultat från olika studier omsätts i praktiskt omvårdnadsarbete. Det kräver i sin tur att projekt planeras, genomförs och utvärderas innan generella råd och anvisningar ges. Det finns också ett stort behov av forskning om tillämpning av ny kunskap i praktiskt omvårdnadsarbete. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det angeläget att i framtiden införa metoder och strategier för tillämpning av forskning och att det blir en ökad användning för att ta tillvara de resursbesparande åtgärder som ligger invävda i en del av omvårdnadsforskningens resultat.

Fortlöpande och skärpt kvalitetskontroll måste finnas på alla nivåer inom sjukvården, inte minst för att skapa trygghet för svårt och långvarigt sjuka, som inte kan protestera och ställa krav. Här har omvårdnadsforskningens företrädare en viktig funktion att genom forskning och vårdutvecklande åtgärder medverka till att instrument utvecklas som kan precisera kvalitetsnivåer. Därtill måste det utifrån omvårdnadsforskningens perspektiv utvecklas effektiva kommunikationsvägar till politiker för att på ett konstruktivt sätt kunna kommunicera om kvalitetsnivåer och kostnadseffektiva åtgärder.

Slutsatser

Vitala områden inom omvårdnad vilka hittills inte varit föremål för vetenskaplig granskning bör identifieras och granskas med tanke på kvalitet och kostnadseffektivitet.

De områden inom omvårdnad som redan varit föremål för vetenskaplig belysning bör identifieras och där så är lämpligt åtgärder vidtas för att understödja tillämpning av befintlig kunskap.

Strategiskt viktiga områden för omvårdnad (t.ex. omvårdnad av kroniskt sjuka) behöver identifieras och modeller, organisationer och metoder prövas och studeras för kostnadseffektivitet för att sedan "spridas" över landet.

Åtgärder måste vidtas för att förändra organisationen av hälso- och sjukvården så att omvårdnad beaktas i lika grad som medicinsk verksamhet vad gäller ledning, organisation och beslutsfattande.

Åtgärder bör vidtas för att införa och tillämpa gemensam ideologisk grundsyn och modeller för kontinuerliga etiska diskussioner bör etableras.

Organisationen av omvårdnadsarbete bör ses som självständig och samspelande med den medicinska behandlingens organisation.

Större rörlighet för omvårdnadspersonal bör tillskapas så att de efter vårdens behov och kompetens mera fritt kan arbeta över organisationer oberoende av vem som har betalningsansvar för vården. Det i sin tur kräver en översyn av tjänstekonstruktioner.

Kompetens, särskilt fördjupad kompetens i omvårdnad, måste bättre tas till vara oberoende av organisation. Omvårdnadsarbete bör t.ex. genomföras efter kompetens och personer med viss kompetens bör inte vara bundna till antingen sjukhusvård, öppenvård eller hemsjukvård.

System och modeller för samverkan med familjer på sjukhus, i öppen vård och i hemmet måste utvecklas, utvärderas och tillämpas.

Utbildningssystemet framför allt för specialistutbildning bör ses över och göras mera flexibelt. En särskild granskning bör genomföras av behovet av specialistsjuksköterskor (jfr. clinical nurse specialists och nurse practitioners).

Referenser

Andersson E., Knutsson I., Hallberg IR., Norberg A. The experience of being confused: A case study. A breakdown in communication between a confused patient and a nurse may have everything to do with the nurse´s point of view. Ger Nurs 14, 242-247, 1993.

Andersson K. Omvårdnad och trygghet. Framväxten av en ny vetenskap. En metateoretisk och fenomenologisk studie. Göteborgs universitet, doktorsavhandling, 1984.

Andersson M. Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Åbo Akademi, doktorsavhandling, Åbo Akademi förlag, 1994.

Asplund K. The experience of meaning in the care of patients in the terminal stage of dementia of the Alzheimer type. Interpretation of non–verbal communication and ethical demands. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 310, 1991.

Athlin E. Nursing based on an interaction model applied to patients with eating problems and suffering from Parkinson´s disease and dementia. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 230, 1988.

Athlin E., Engström B., Axelsson K., Sandman P-O. Vårdtyngds mätning–jämförelse och prövning av instrument för patientklassificering. Utvecklingsarbete på kirurgisk och medicinsk klinik. Vård i Norden 3/4, 40–44, 1992.

Axelsson K. Eating problems and nutritional status after stroke. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 218, 1988.

Axelsson K., Norberg A., Asplund K. Omvårdnadsdiagnostik tillämpad på ätproblem hos patienter med cerebrovaskulär sjukdom. Vård i Norden 6, 306–310, 1986.

Bergbom-Engberg I. Patients' experience of respirator treatment. A retrospective study of the influence of medical and nursing care factors on recall, experience of discomforts and feelings of security and insecurity. Göteborg University Dissertations, 1989.

Björvell H. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete förändras: Kompetens utveckling och kontinuitet. Vård, Karolinska institutet och Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (SPRI), 3, 1993.

Björvell H., Aly A., Langius A., Nordström G. Indicators of changes in weight and eating behaviour in severely obese patients treated in a nursing behavioural program. Int J Obes 18, 521–525, 1994.

Boman L., Andersson J., Björvell H. The needs of female patients in connection with operations for primary breast cancer. Insänt för publikation.

Brännström B. Care of acutely confused elderly hip fracture patient: Empirical studies and an ethical model for care. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 324, 1991.

Davidson B., Vander Laan R., Davis A., Hirschfeld M., Lauri S., Norberg A., Phillips L., Pittman E., Vander Laan R., Lin Ju Ying., Ziv L. Ethical reasoning associated with the feeding of terminally ill elderly cancer patients: An international perspective. Cancer Nurs 13, 286–292, 1990.

Davis A., Davidson B., Hirschfeld M., Lauri S., Lin Ju Ying., Norberg A., Phillips L., Pittman E., Shen CH., Vander Laan R., Zhang HL., Ziv L. An international perspective of active euthanasia: Attitudes of nurses in seven countries. Int J Nurs Stud 30, 301–310, 1993.

Edberg A-K., Hallberg IR., Gustafson L. Effects of clinical supervision on nurse–patient cooperation quality – A controlled study in dementia care. Clin Nurs Res 5, 127-149.

Edvinson Månsson M. The value of informing children prior to investigations and procedures. Lund University Dissertations, 1992.

Eggers T., Norberg A. Care providers´ understanding of the experi ences behind the actions of severely demented patients. The Am J Alz Care Rel Dis & Res. Under tryckning.

Ehnfors M. Quality of care from a nursing perspective. Metodological considerations and development of a model for nursing documentation. Uppsala University Dissertations, 1993.

Ek A-C., Lewis DH., Zetterqvist H., Svensson P–G. Skin blood flow in an area at risk for pressure sore. Scand J Rehab Med 16, 85–89, 1984.

Ek A-C. Pressure sores – a problem in nursing care. Linköping University Dissertations, 1985.

Ek A-C., Gustavsson G., Lweis DH. The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage. Scand J Rehab Med 17, 81–86, 1985.

Ek A-C. Prediction of pressure sore development. Scand J Caring Sci 1, 77–83, 1987a.

Ek A-C. Prevention, treatment and healing of pressure sores. Scand J Caring Sci 1, 7–13, 1987b.

Ek A-C., Gustavsson G., Lewis DH. Skin blood flow in relation to external pressure and temperature in the supine position on a standard hospital mattress. Scand J Rehab Med 19, 121–126, 1987.

Ek A-C., Larsson J., von Schenck H., Torslund S., Unosson M., Bjurulf P. The correlation between energy malnutrition and clinical outcome in an elderly population. Clin Nutr 9, 185–189, 1990.

Ek A-C., Unosson M., Larsson J., von Schenck H., Bjurulf P. The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. Clin Nutr 10, 245–250, 1991.

Ekman S-L. Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 370, 1993.

Elander G., Lindberg T., Qvarnström B. Pain relief in infants after major surgery; A descriptive study. J of Pediatr Surg 26(2), 128–131, 1991.

Elander G., Hellström G. Analgesic administration in children and adults following open heart surgery. Scand J of Caring Sci 6(1), 17–21, 1992.

Elander G., Hellström G., Qvarnström B. Care of infants after major surgery; observation of behavior and analgesic administration J of Pediatric Nursing 19(3), 221–226, 1993.

Elander G, Hellström G. Reduction of noise levels in intensive care units for infants; evaluation of an intervention programme. Heart & Lung, i tryck, 1995.

Engström B. Information to the patient. An attempt to satisfy the patient´s need for information. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 174, 1986.

Engström B., Nordesson A. What neurological patients regard as quality of life. J Clin Nurs 4, 177–183, 1995.

von Essen L., Sjödén P-O. The importance of nurse caring behaviours as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. Int J Nurs Stud 28, 267–282, 1991a.

von Essen L., Sjödén P-O. Patient and staff perception of caring: Review and replication. J Adv Nurs 16, 1363–1374, 1991b.

Forsberg C., Björvell H., Cedermark B. Well being and its relation to coping ability in patients with colo-rectal and gastric cancer before and six weeks after surgery. Accepterad för publikation.

Gardulf A., Möller G., Jonsson E. A comparison of the patient-born costs of therapy with gammaglobulin given at the hospital or at home. Int J Technol Assess Health Care 11, 345–353, 1995a.

Gardulf A., Andersen V., Björkander J., Ericson D., Frøland SS., Gustafson R., Hammarström L., Jacobsen MB., Jonsson E., Möller G., Nyström T., Soeberg B., Smith CIE. Subcutaneous immunoglobin replacement in patients with primary antibody deficiencies: Safety and an analysis of costs. Lancet 345, 365–369, 1995b.

Grafström M. The experience of burden in the care of elderly persons with dementia. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, and Umeå University, 1994.

Grassman E. J., Svedberg S. Frivilligt socialt arbete i Sverige – både mer och mindre. Sköndalsinstitutet särtrycksserie 3 ur Erik Amnå (red) Medmänsklighet att hyra? Åtta forskare om ideell verksamhet. Örebro: Libris, 1995.

Gustafsson B. Living with dysphagia. Some aspects of the experiential meaning of handicap, adaptedness and confirmation. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1992.

Hallberg IR. Vocally disruptive behaviour in severely demented patients in relation to institutional care provided. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 261, 1990.

Hallberg IR. Klinisk omvårdnadshandledning; Handledning och individualiserad omvårdnad i demensvård. Falköping: Liber utbildning, 1995.

Hallberg IR., Holst G., Nordmark Å., Edberg A-K. Cooperation during morning care between nurses and severely demented institutionalized patients. Clin Nurs Res 4, 78–104, 1995.

Hallberg IR., Norberg A. Nurses' experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients. Int J Ger Psych 10, 757–766, 1995.

Hallgren A., Kihlgren M., Norberg A. Childbirth education for midwives taking antenatal classes- a descriptive study. Midwifery 10, 215–224, 1994.

Hallgren A., Kihlgren M., Norberg A., Forslin L. Women's conceptions of childbirth and childbirth training before and after training and birth. Midvifery 11, 130–137, 1995.

Hamrin A. Activation of patients with stroke in clinical nursing care-effects on patients and staff. Uppsala University Dissertations, 1981.

Hamrin A., Wohlin A. Evaluation of the functional capacity of stroke patients through an activity index. Scand J Rehab Med, 14, 93–100, 1982.

Hamrin A., Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke as a basis for active intervention. A comparison between an activity index and the Katz index of ADL. Scand J Caring Sci 2 (3), 113–122, 1988.

Hansson L. Patient involvement in treatment planning. A controlled study of patients treated in short-term psychiatric care. Lund University Dissertations, 1987.

Hansson Scherman M. Att vägra vara sjuk. En longitudinell studie av förhållningssätt till astma/allergi. Göteborgs Universitet, doktorsavhandling, 1995.

Hansebo G., Ljunggren G. RAI (the Resident Assessment Instrument). Ett bedömningsinstrument som underlag för kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling inom geriatrik och äldreomsorg. En första utvärdering. Rapport, RAI-enheten, Stockholm, 4, 1994.

Hedly V. I dödens närhet. Sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner i vården av döende patienter. Institutionen för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet, doktorsavhandling, Stockholm, 1993.

Helander L., Hallberg IR., Axelsson K. Patient satisfaction and nurses' satisfaction with nursing care and work at a medical clinic. Insänt för publikation.

Hellzén O., Norberg A., Sandman P-O. Schizophrenic patients' image of their caregivers and the caregivers' image of their patients. An interview study. J Psych Mental Health Nurs 2, 279–285, 1995.

Hendriksen C., Lund E., Strömgård E. Consequenses of assessment and intervention among elderly people: A three year randomised controlled trial. Br Med J, 289, 1522–1524, 1984.

Heyman I. Gånge hatt till... Stockholms Universitet, doktorsavhandling, 1995.

Hjelm-Karlsson K. Dispelling the fear of the unknown. Effects of information to patients undergoing intravenous pyelography. Uppsala University Medical Dissertations, 1988.

Häggmark C. Invitation to relatives to participate in the care of the cancer patient at the hospital. Effects of an activation programme. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1989.

Häggström T., Axelsson K., Norberg A. The experience of living with stroke sequel illuminated by means of stories and metaphors. Qual Health Res 2(3), 321–337, 1994.

Häggström T., Norberg A. The role of nurses and family members in the care of stroke patients in Vietnam. J Transcult Nurs. 7 (1), Summer, 1995.

Hälso- och sjukvårdslag. HSL. SFS 1982:763.

Jakobsson L., Hallberg IR., Lovén L. Patient satisfaction with nursing care. Evaluation before and after financial reduction and intervention at a surgical clinic. Int J Qual Health Care 6, 361–369, 1994.

Jacobsson C., Axelsson K., Wenngren B-I., Norberg A. Eating despite servere difficulties. Assessment of poststroke eating. J Clin Nurs. Accepterad för publikation.

Jansson L. Ethical reasoning among experienced registered nurses in relation to communication with severely ill patients. Disclosing personal knowledge. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 380, 1993.

Jansson L., Norberg A. Ethical reasoning among experienced nurses concerning the feeding of terminally ill cancer patients. Cancer Nurs 12, 352–358, 1989.

Jansson L., Norberg A. Ethical reasoning among registered nurses experienced in dementia care. Interviews concerning the feeding of severely demented patients. Scand J Caring Sci 6, 219–227, 1992.

Jansson L., Norberg A., Sandman PO., Åström G. When the severely ill elderly patient refuses food. Ethical reasoning among nurses. Int J Nurs Stud 32 (1), 68–78, 1995.

Johansson L. Caring for the next of kin. On informal care of the elderly in Sweden. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertation from the Faculty of Medicine 330, 1991.

Kalfoss MH. Psychological stress and coping in hospitalized chroni cally ill elderly. The Nordic School of Public Health, Göteborg University Dissertations, 1994.

Kihlgren M. Integrity promoting care of demented patients. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 351, 1992.

Kihlgren M., Kuremyr D., Norberg A., Bråne G., Engström B., Karlsson I., Melin E. Nurse-patient interaction after training in integrity promoting care at a long-term ward. Analysis of video-recorded morning care sessions. Int J Nurs Stud 30, 1–13, 1993.

Klang B., Björvell H., Clyne N. Quality of life in predialytic uremic patients. J Qual Life Res. Accepterad för publikation.

Kristensson-Hallström I., Elander G. Parental participation in the care of hospitalized children. Scand J Caring Sci 8, 149–154, 1994.

Landstingens ekonomi. Rapport, Landstingsförbundet, april 1995.

Landstingens ekonomi. Rapport, Landstingsförbundet, maj 1994.

Langius A., Björvell H., Lind M. Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. J Head and Neck 16, 559–568, 1994.

Lindell M. Attitudes to sex and relationships, contraceptives and abortion. Studies among students and young women. Göteborg University Lic. Dissertations, 1995.

Lindholm C. Leg ulcer patients. Clinical studies. From prevalence to prevention. Lund University Dissertations, 1993.

Lindseth A., Marhaug V., Norberg A., Udén G. Registered nurses' and physicians' reflections on their narratives about ethically difficult care episodes. J Adv Nurs 20, 245–250, 1994.

Lindström-Ahl G. Skolsköterskors kunskap, roll och attityd till anorexia nervosa hos unga kvinnor (10–18 år). Manuskript under bearbetning.

Lundman B. Daily living and coping strategies in insulin–dependent diabetics – diagnostic reasoning in nursing. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 298, 1990.

Lützén K. Moral sensitivity; A study of subjective aspects of the process of moral decision making in psychiatric nursing. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1993.

Mendel B. Att leva med yrsel – patientens egen beskrivning. Yrsel, ur skriftserien KS lär ut. Karolinska sjukhuset, Stockholm, 1995.

Månsson-Lindström A. Urinary incontinence in the elderly. Aspects of knowledge and quality of aids. Lund University Dissertations, 1994.

Nightingale F. Anteckningar om sjukvård. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag, 1954.

Norberg A., Athlin E. Gravt dementa patienter med svåra ätproblem: Näringstillförsel eller ej en fråga om livssyn. Läkartidningen 84, 1673–1675, 1987.

Norberg A., Hirschfeld M. Feeding of severely demented patients in institutions. Interviews with caregivers in Israel. J Adv Nurs 12, 551–557, 1987.

Norberg A., Hirschfeld M., Davidson B., Davis A., Lauri S., Lin Ju Ying., Phillips L., Pittman E., Vander Laan R., Ziv L. Ethical reasoning concerning the feeding of severely demented patients: An international perspective. Nursing Ethics 1, 3–13, 1994.

Norberg A. Caring for demented patients. Acta Neurologica Scandinavica. Suppl. 00, 00–00, 1996.

Norberg A., Engström B., Nilsson L. God omvårdnad. Grundvärderingar. Stockholm: Bonnier Utbildning, 1994.

Norberg A., Udén G. Gender differences in moral reasoning among physicians, registered nurses and enrolled nurses, engaged in geriatric and surgical care. Nursing Ethics 2, 233–242, 1995.

Nordström G. Living with a urostomy. Karolinska Institute Disserta tions, Stockholm, 1990.

Olivius G., Hallberg IR., Olsson B. Vård av närstående i eget hem. Kartläggning inom en kommun av informell omsorg avseende vårdtagare, informella vårdare och formell vård. Rapport. Enheten för vårdforskning, Landstingets högskola, Kristianstad, 3, 1993.

Olofsson B., Norberg A., Jacobsson L. Nurses' experiences with using force in institutional care of psychiatric patients. Nordic J Psych 49, 325–330, 1995.

Omne-Pontén M. Psychosocial adjustment after breast cancer in stages I/II. A longitudinal study including assessments of women and husbands. Uppsala University Dissertations, 1993.

Orhagen T. Working with families with schizophrenic disorders. The practice of psychoeducational intervention. Linköping University Dissertations, 1992.

Ottosson B., Hallberg IR., Axelsson K. Patients' satisfaction after cuts in expenditure and after intervention to improve nursing care at a surgical clinic. A two-years follow-up. Int J Qual Health Care 1996, under tryckning.

Pejlert A., Asplund K., Norberg A. Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients. J Psych Mental Health Nurs 2, 269–277, 1995.

Persson L., Hallberg IR., Ohlsson O. Acute leukaemia and malignant lymphoma patients experiences of disease, treatment, nursing care and effects on daily life; An explorative study. Eur J Cancer Care 4, 133–142, 1995.

Persson L., Hallberg IR., Ohlsson O. Survivors of acute leukaemia and highly malignant lymphoma retrospective views of daily life problems during treatment and when in remission. Accepterad för publikation. J Adv Nurs 1996.

Pålsson M-B. Support for women with breast cancer, and for district and hospital nurses involved. An intervention study. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 440, 1995.

Rasmussen BH., Norberg A., Sandman PO. Nurses' stories about becoming a hospice nurse: Reasons, expectations, hopes and concerns. Cancer Nurs 18, 344–354, 1995.

Rasmusson M., Persson L., Hallberg IR. Spouses' retrospective view of their life situation during their partners' illness and treatment for acute leukaemia or highly malignant lymphoma. Insänt för publikation.

Rinell-Hermansson A. Det sista året. Omsorg och vård vid livets slut. Uppsala Universitet doktorsavhandling, 1990.

Röckner G. Reconsideration of the use of episiotomy in primiparas. A study in obstetric care. Karolinska Institute Dissertation, Stockholm, 1991.

Saveman B-I. Formal carers in health care and the social services witnessing abuse of the elderly in their homes. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 403, 1994.

Segesten K. God omvårdnad – en viktig faktor för patienters välmående och tillfrisknande. Vård i Norden 3, 1993.

Segesten K., Segesten K. Framtidens sjuksköterska. Tio internationellt ledande sjuksköterskor om framtidens omvårdnad. Stockholm: Liber Utbildning, 1995.

Sidenvall B. The meal in geriatric care. Habits, values and culture. Linköping University Dissertations, 1995.

Sjöström B. Assessing acute postoperative pain. Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role. Göteborg University Dissertation, 1995.

Socialstyrelsen. Vanvård av äldre i deras hem. Är det toppen av ett isberg? SOS-rapport 1994:1. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.

Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor Förslag från Hälso och sjukvårdsgruppen, Behörighets-och utbildningsenheten, 1995.

Socialstyrelsen. Ädelreformen. Årsrapport 1995. Preliminär utgåva oktober 1995.

SOSFS. Omvårdnad inom hälso- och sjukvård. 17, 1993.

SOU. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. 1993.

Sällström C. Spouses' experiences of living with a partner with Alzheimer's disease. Umeå Medical Dissertations, New Series No 391, 1994.

Sätterlund-Larsson U. Being involved. Patient participation in health care. Linköping University Dissertations, 1989.

Söderberg A., Norberg A. Intensive care: situations of ethical difficulty. J Adv Nurs 18 (12), 2008–2014, 1993.

Söderberg S., Norberg A. Spontaneous pain language among fibro myalgia patients. Scand J Caring Sci 9 (1), 55–59, 1995.

Ternestedt B. Ett hospice växer fram. Rapportserie 1994;1, Centrum för omvårdnadsvetenskap, Örebro Läns Landsting

Tishelman C. Making sense of sickness experience. Cancer patients' perspectives on their sickness and care in urban Sweden. Aspects of relevance for nursing. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1993.

Thorell-Ekstrand I. Clinical nursing education. The learning of individualized care-planning. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1994.

Udén G. Säkrare vård – en analys av patientolycksfall. Lunds Uni versitet, doktorsavhandling, 1986.

Udén G., Norberg A., Lindseth A., Marhaug V. Ethical reasoning in nurse's and physicians' stories about care episodes. J Adv Nurs 17, 1028–1034, 1992.

Udén G., Norberg A., Norberg S. The stories of physicians, registered nurses and enrolled nurses about ethically difficult care episodes in surgical care. Scand J Caring Sci. 9, 245 – 253, 1995.

Unosson M. Malnutrition in hospitalised elderly patients. Linköping University Dissertation, 1993.

Wahlberg V. Reconsideration of Credé prophylaxis. A study of maternity and neonatal care. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1982.

Waldenström U. Föda barn på ABC. Barnmorskors upplevelser av ett annorlunda arbetssätt. Fou-rapport 39. Stockholm: SHSTF, 1993.

Westman A., Ternestedt B. Volontärverksamhet inom offentlig vård. Rapportserie 1995;1, Geriatriska kliniken och Centrum för omvårdnadsvetenskap, Örebro Läns Landsting

Widström A-M. Studies on breast feeding. Behaviour and peptide hormone release in mothers and infants. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1988.

Wredling R. On the management of insulin–dependent diabetes mellitus. Karolinska Institute Dissertations, Stockholm, 1991.

Zingmark K., Norberg A., Sandman PO. Experience of at–homeness in patients with Alzheimer's disease. The Am I Alz Care Rel Dis & Res 8, 10-16, 1993.

Zingmark K., Norberg A., Sandman PO. The experience of being at home throughout the life span. Investigation of persons aged from 2 to 102. Int J Aging and Human Development, 41, 47–60, 1995.

Åkerlund BM. Dementia care in an ethical perspective: An exploratory study of caregivers´ experiences of ethical conflicts when feeding severely demented patients. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 299, 1990.

Åström G. The meaning of caring as narrated, lived, moral, experience. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 428, 1995.

Åström G., Norberg A., Jansson L., Hallberg IR. Experienced and good nurses' narratives about their being in ethically difficult care situations The problem to act in accordance with one's ethical reasoning and feeling. Cancer Nurs 16, 179–187, 1993.

Åström G., Furåker C., Norberg A. Nurses' skills in managing ethically difficult care situations. Interpretation of nurses' narratives. J Adv Nurs 21, 1073–1080, 1994.

Åström G., Norberg A., Jansson L., Hallberg IR. Nurses' narratives about difficult care situations. Interpretation by means of Lögstrup's ethics. Psycho-Oncol 3, 27–34, 1994.

Referenser till muntlig framställning vid konferens anordnad av sekretariatet för HSU 2000 i samarbete med SHSTF, Augusti 1995

Baar AC.	Kvalitetssäkring av information mellan öppen och sluten vård.
Bexelius G	Ledningsfunktioner och kompetensbehov inom den kommunala hälso- och sjukvården.
Grafström M.	Anhörigas medverkan i vården.
Hugosson M.	Palliativt rådgivningsteam i Kalmar län.
Levenstam AK.	Bemanningsplanering utifrån patientens behov – är det möjligt?
Linder C.	Kvalitet i vårdkedjan.
Lindholm K.	Kvalitetsindikationer inom primärvården.
Nordqvist C.	Klinikgemensamma vårdavdelningar
Rinell-Hermansson A., Smedby B.	Sista levnadsåret kostar mest.
Udén G.	Riskidentifiering i omvårdnad – en kostnadseffektiv och kvalitetshöjande åtgärd.

Bilaga 13
Det medicinska beslutet – faktorn bakom skiftande behandlingsresultat och sjukvårdskostnader

Henrik Weibull
Överläkare, Landstingsstyrelsens kansli
Landstinget i Värmland

Thomas Troëng
Chefsöverläkare, Kirurgiska kliniken
Blekinge sjukhus

Innehåll

Det medicinska beslutet – faktorn bakom skiftande behandlingsresultat och sjukvårdskostnader

Av Henrik Weibull och Thomas Troëng

Bakgrund 229
Fortlöpande dokumentation av vården: kliniska register, medicinsk informatik 236
Sjukvårdens resultat: tekniskt – medicinskt och kliniskt meningsfullt 251
Bristande medicinsk ändamålsenlighet vanligare än vi vill tro 253
Medicinskt beslutsfattande: navet i sjukvården 255
Referenser 261

Det medicinska beslutet – faktorn bakom skiftande behandlingsresultat och sjukvårdskostnader

Av Henrik Weibull och Thomas Troëng

Bakgrund

Den svenska sjukvården har under de tio senaste åren genomgått radikala förändringar, fr.a. av administrativ natur medan de medicinska förändringarna har varit mindre påtagliga. Åtgärderna har framtvingats främst av den samhällsekonomiska situationen. Förändringarna har trots mångas farhågor såvitt bedömbart kunnat genomföras utan faktiska medicinska kvalitetssänkningar.

Troligen har de "enkelt" genomförbara sjukvårdsförändringarna nått den gräns där fortsatta förändringar av administrativ/strukturell karaktär kan medföra att kvaliteten i vården hotas, och därmed kan ej vinster i ekonomiska termer motiveras. Men de uppnådda ekonomiska reduktionerna räcker ej. Fram till sekelskiftet måste kostnaderna reduceras med ytterligare kanske 10 procent.

För att klara denna reduktion och samtidigt skapa nödvändigt utrymme för utveckling och förbättring av vården krävs radikala förändringar i inriktningen av förändringsarbetet, nämligen från vårdadministrativa åtgärder till förändring av innehållet i vården. All vård måste ha en dokumenterad patientnytta och så är inte fallet i dag. Mellan 20 och 40 procent av vårdåtgärderna leder inte till förväntat resultat. Att avstå från overksam terapi och onödiga utredningar inrymmer en motsvarande potential i termer av kvalitetsförbättringar och ekonomi. För att åstadkomma denna förbättring av den medicinska ändamålsenligheten krävs stora förändringar i dagens sjukvårdskultur. Förändringarna skulle innebära ett paradigmskifte i arbetssättet för den aktiva läkarkåren och i utbildningen av morgondagens aktiva.

Det finns goda förutsättningar att detta skall lyckas då de hittills genomförda förändringarna har medfört att den medicinska professionen har blivit medveten om att förändringar kan/bör ske, att behovet finns, inte bara ur ekonomisk synvinkel, utan framförallt för den medicinska kvalitetens utveckling. Processen har börjat och förbättrade förutsättningar för analys och målstyrning av vården är nödvändiga för de nya arbetsmetoder som krävs. Ett tungt ansvar vilar på läkarkårens axlar.

Att det är läkarens beslut om hur den enskilde patienten behandlas som ytterst styr kostnaderna inom sjukvården kan te sig självklart. Om läkaren bestämmer att den hjärtsjuke skall behandlas med en viss medicin och inte på något annat sätt, är det hans/hennes beslut som föranleder sjukvården att förbruka just den resursen. När kirurgen beslutar att just den patienten skall opereras, är det beslutet som leder till att ett visst antal tusen kronor används för just den operationen, tillhörande narkos, efterbehandling osv.

Det kan därför te sig egendomligt att man sällan belyser denna grundläggande "kostnadsgenererande" faktor när man diskuterar kostnader och resursfördelning inom sjukvården. Debatten behandlar istället ofta administrativa/ekonomiska förhållanden som köp-sälj, avgiftsfinansiering, organisationsformer, remisstvång eller utbudsbegränsningar.

För att kunna analysera och optimera resursfördelningen inom hälso- och sjukvård är det en rad "inom-medicinska" faktorer/arbetsinstrument som behöver utvecklas för att belysa konsekvenserna av de medicinska besluten och ge underlag till förbättring av dessa.

I figur 1 visas dessa faktorers inbördes relationer i vårdprocessen.

Fortlöpande dokumentation av vården

Det första området gäller den ännu mycket outvecklade registreringen av vad som görs i sjukvården och dess resultat. Med andra ord: vi måste veta vad som behandlas, vad det kostar och vilka resultat som uppnås i vardagssjukvården på olika nivåer.

Behandlingsresultaten - hur definiera dessa, vilka mätvariabler skall nyttjas och hur skall de värderas?

Det andra området är kanske än mer outvecklat än dokumentationen. Frågan om *hur, när och av vem behandlingsresultatet skall definieras, mätas och värderas* är i vardagssjukvården ett okänt område. Man kan notera att de flesta av de nationella kvalitetsregistren begränsas till mycket kort uppföljning (1/2 – 1 år) av enstaka kirurgiska procedurer. Resultaten är inte tillgängliga och offentliggörs endast i mycket begränsad omfattning. Hur de utnyttjas inom de olika disciplinerna för att förbättra vardagssjukvården är inte känt i någon större utsträckning. Utöver dessa register har vi mycket begränsade kunskaper om behandlingsresultaten i vardagssjukvården. Vi är därför mycket dåligt

rustade för att på ett meningsfullt sätt, baserat på hur det gått för tidigare patienter, besvara den fråga som egentligen varje patient ställer till sin läkare: "Hur skall det gå för mej, doktorn?"

Medicinsk ändamålsenlighet - hur kan denna förbättras?

Det tredje området är problemet med den bristande medicinska effektiviteten. Grovt, men sannolikt lågt, räknat 20-30 procent av alla undersökningar, åtgärder och behandlingar leder inte till avsett, eller på kliniskt-meningsfullt sätt definierat, för patientens behandling "användbart" eller behandlingsmässigt "bra" resultat. Denna *bristande medicinska ändamålsenlighet* i den förmedlade vården, innebär en stor felanvändning av resurser och är ett problem som fortfarande söker sin praktiska lösning. Vi kan med den grund vi har i dag helt enkelt inte fatta rätt beslut för vissa patienter. Vi väljer "rätt vårdstrategi till fel patient".

Medicinskt beslutsfattande - hur optimera?

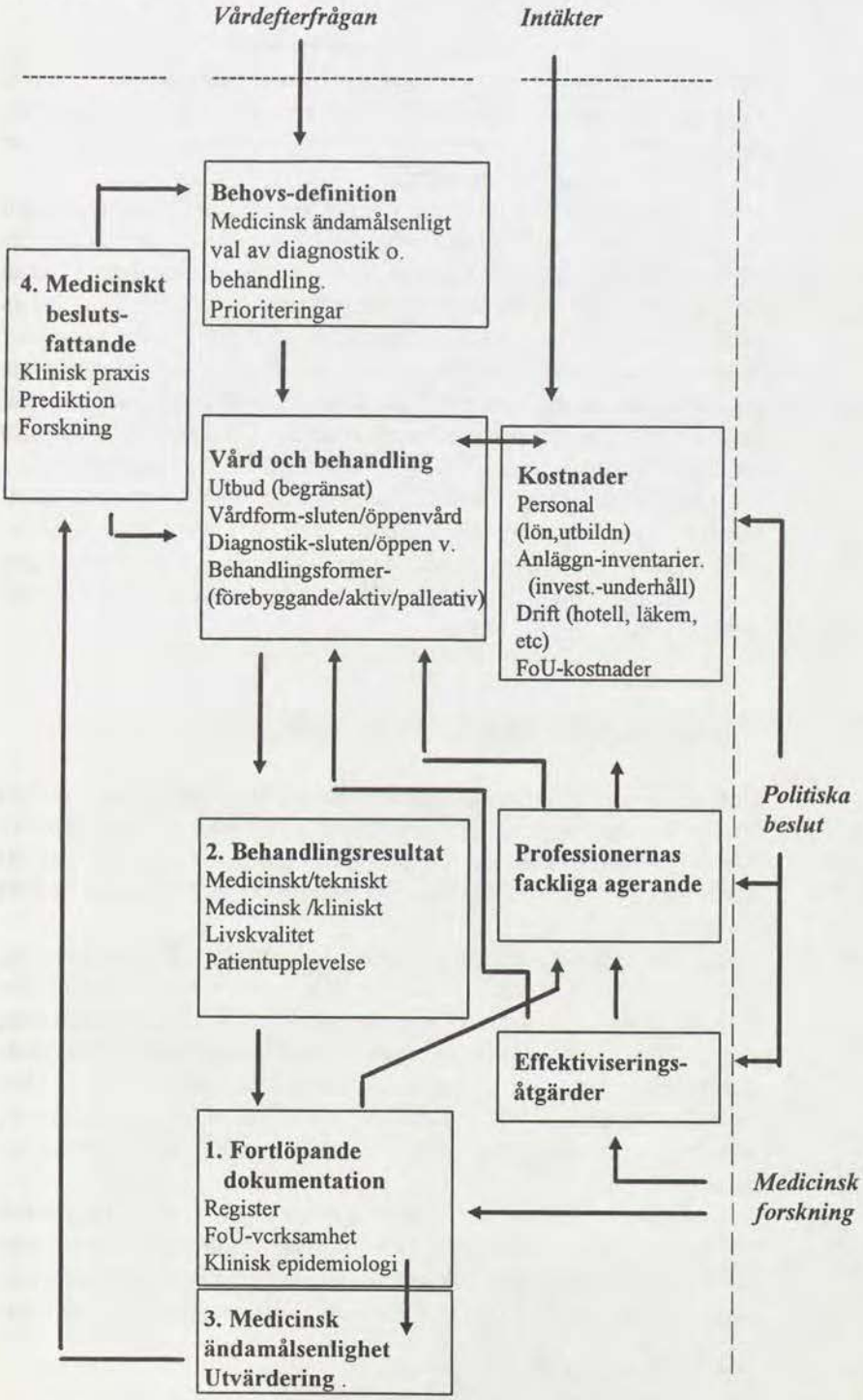
På grund av den bristande träffsäkerheten i sjukvårdens tillämpning finns anledning att intressera sig för det medicinska beslutet, navet kring vilket all sjukvård vrider sig. Lyckade resultat, tacksamma patienter, budgetöverskridanden och anmälningar till ansvarsnämnden, alla utgår de från en enskild läkares beslut om hur en enskild patient skall utredas och behandlas. Olika aspekter av *det medicinska beslutsfattandet* ("medical decision making") utgör det fjärde området vi vill uppmärksamma.

Avsikten med att lyfta fram dessa fyra områden är att med utveckling nå fram till vad vi idag ännu saknar: *bättre prediktion på individnivå.* När vi lärt oss att bättre förutsäga hur det kommer att gå för den enskilde patienten, kan vi också öka graden av medicinsk ändamålsenlighet.

Dessa områden har hittills uppmärksammats i ringa grad, kanske för att man i den allmänna opinionen, på politisk nivå och i viss mån även på administrativ nivå, uppfattat dem som välfungerande och oproblematiska. Inom den medicinska professionen har de flesta av dessa faktorer uppfattats som någon annans bord eller oakademiska medan den medicinskt metodologiska forskningen har varit orienterad mot selekterade patientgrupper. Tillämpningen och resultaten i vardagssjukvården har rönt mindre intresse.

Inom hälso-och sjukvården och inom den medicinska professionen finns uppenbarligen förhållanden, olösta frågor och ofullständigheter som direkt har stor betydelse för hushållningen med de allt mer begränsade resurserna. De ovan nämda områdenas påverkan på resursanvändningen inom sjukvårdssektorn har inte beaktats i tillräcklig omfattning.

Figur 1 Inom-medicinska faktorer



För mycket diagnostik?

Som exempel på ett kanske inte helt ändamålsenligt område kan nämnas uppfattningen om diagnostikens dominerande betydelse. Såväl inom den medicinska undervisningen, som inom sjukhusvärlden och hos allmänheten härskar uppfattningen att det är *diagnostiken* som är sjukvårdens stora och svåra utmaning.

"Har man bara rätt diagnos är problemet löst, behandlingen given och utgången god." Det är denna uppfattning som leder den missnöjde patienten vidare till ständigt nya konsultationer. Den ligger också bakom att man i undervisningen försummar behandlingsvalets svårigheter och i den praktiska sjukvården många gånger genomför diagnostiska undersökningar som inte har behandlingsmässiga konsekvenser. De diagnostiska disciplinerna har endast i undantagsfall bedrivit forskning i vardagspraktisk nytta för olika metoder: Hur ofta leder undersökningen till ett svar som medför en livskvalitetsförbättrande åtgärd för patienten? Hur ofta leder undersökningen till ett förändrat ställningstagande eller att resultatet används i beslutsprocessen överhuvudtaget? Hur stor träffsäkerhet har undersökningen i vardagstillämpningen? Och hur relevanta är remissvaren till behandlande läkare?

Terapivalet den stora utmaningen!

Den stora intellektuella utmaningen inom den specialiserade kliniska medicinen idag är i de flesta fall inte diagnostiken. Hög grad av allmänbildning hos befolkningen och avancerad apparatur gör att diagnostiken i majoriteten av fallen är enkel och att man snabbt kommer till rätt diagnos.

Det svåra ställningstagandet är i stället *terapivalet*: vilken behandling leder till bästa möjliga resultat för just denna patient? Sett ur den enskilde patientens perspektiv är det framför allt valet av behandling som leder till konsekvenser för resursförbrukningen. Står det förväntade behandlingsresultatet i rimlig proportion till komplikationsrisker och förbrukade resurser? Här finns ett stort behov av utveckling av metoder, undervisning, forskning, vad gäller medicinskt beslutsfattande.

Stora resurser i apparatur, personal och lokaler läggs på diagnostik (röntgenavdelningar, kemiska och kliniskt fysiologiska laboratorier osv.) medan ännu inget sjukhus har något "terapivalsstödslaboratorium" eller annan stödfunktion för dessa, ofta svåra livskvalitetsav-

görande beslut, som därtill närmast undantagslöst har stora ekonomiska konsekvenser.

Patientflöde och vårdkedjor eller läkekonst?

Den aktuella trenden med *patientflöden* och *vårdkedjor* innebär också att ställa fel faktor i fokus. Sjukvård är inte en industriell produktionsprocess som kan optimeras enligt det löpande bandets principer. Betraktelsesättet ger en i grund felaktig signal om standardiserade patienter som kan placeras in i standardiserade vårdprogram.

Popularitet för *patientflöden* och *vårdkedjor* har sin grund i ett förenklat betraktelsesätt. Det beskriver inte sjukvårdens reella och speciella arbetssätt och funktion och måste kompletteras med en medicinsk förankring för att kunna användas.

Att värdera en enskild människas symtom och besvär, genomföra en mångfacetterad utredning med värdering av olika komplexa organsystems funktion, välja behandling bland ett flertal alternativ, många med komplikationsrisker och osäkra resultat, och samtidigt ta hänsyn till handläggningen av en rad övriga patienter och slutligen försöka göra allt detta på ett kostnadseffektivt sätt -allt detta är komplicerat och kräver mycket av läkarkåren, d.v.s. de medicinska beslutsfattarna. Arbetssättet kan sammanfattas under begreppet *läkekonst.*

Ansträngningarna borde i stället inriktas på att beskriva hur en rad serie- och parallellkopplade beslut i praktiken fattas. Hur skall denna mångfacetterade och komplicerade beslutsprocess kunna optimeras och med patienten som partner omsättas i en verksam behandling eller leda till att man avstår från aktiv behandling? Alternativet att avstå från behandling hos patienter där positiva effekter ej är att förvänta är ett mycket svårt beslut. Det kan gå stick i stäv med patientens, anhörigas och samhällets förhoppningar på den sjukvård som fått stå som garant för att alla sjukdomar är botbara. Att våga, med patienten som partner, samtala fram ett gemensamt medicinskt ställningstagande om att avstå från aktiv behandling, som är utan utsikt att lyckas, är en mycket påfrestande situation men i vissa fall ett livskvalitetsbevarande och ändamålsenligt alternativ som kräver kunskap och mod.

I det följande diskuteras de fyra inom-medicinska områden som har betydelse för hur resursförbrukning och -fördelning kommer att utvecklas inom hälso-och sjukvården. Inom alla dessa fyra områden finns varierande behov av kvalitetsutveckling, metodutveckling och forskning men också behov av analys och diskussion av värderingar.

Fortlöpande dokumentation av vården: kliniska register, medicinsk informatik

Under det senaste decenniet har begreppet kvalitetssäkring blivit ett honnörsord inom sjukvården. Det används i alla sammanhang där man diskuterar sjukvårdskvalitet. Ibland gäller detta enbart delar av den beskrivna, ständigt upprepade processen som då får stå för mer än vad man egentligen har gjort.

Mycket av de senaste årens publikationer i ämnet handlar mer om vad och hur man bör göra, än vad som i själva verket har åstadkommits (4). När Spri 1990 rapporterade från kirurgisk kvalitetssäkring handlade det mycket om mätning av kvalitet och förslag till vad som *borde* mätas (1). Det handlade mindre om genomförda projekt. Det fanns helt enkelt inte så mycket genomförd kvalitetssäkring att beskriva. Detta gällde i viss mån också den artikelserie som Läkartidningen publicerade 1991-92 (5). Man föreslog där termen medicinsk revision och inriktade sig tydligt på de rent medicinska aspekterna av kvalitet medan organisatoriska och ekonomiska faktorer kom i bakgrunden.

Reizenstein, som var bland dem i svensk sjukvård som först drev frågan, har i en kursbok (2) däremot givit många praktiska exempel på kvalitetssäkring inom sjukvården. Det Medicinska Kvalitetsrådet har presenterat detaljerade förslag till vad man i första hand bör studera inom en rad olika discipliner (3).

Socialstyrelsen fördelar också sedan några år anslag till f.n. ett trettiotal "nationella kvalitetsregister" (7). På initiativ från intressegrupper inom läkarkåren har registrering av vissa särskilda patientgrupper och/eller behandlingar kommit till stånd. Dessa register utgör ett slags pilotstudier vad gäller möjligheten att samla in data från vardagssjukvården och använda dessa i kvalitetsförbättrande syfte. Korttidsuppföljning av enstaka slag av kirurgiska procedurer dominerar i registren.

År 1994 trädde så Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetssäkring i kraft, där chefsöverläkare åläggs att ansvara för att kvalitetssäkringsarbete utförs (6). Man skall upprätta målbeskrivning, genomföra uppföljning, värdera verksamheten och vidtaga åtgärder för att minska negativa målavvikelser och ta tillvara positiva erfarenheter.

Det finns åtminstone två förklaringar till att kvalitetssäkring i sjukvården ännu inte förverkligats på bred front. För det första upplevs inte kvalitetsgranskning som något man vill prioritera i en situation där man har att bedriva angelägen patientvård med krympande resurser. För det andra har man begränsad erfarenhet av rent praktisk registrerings- och analysverksamhet (8). Det är också först under de

allra senaste åren som persondatorer och vana att använda dem blivit vardag på nästan alla sjukhus.

I det följande exemplifierar vi hur kvalitetsprojekt kan te sig i praktiken, med olika grader av detaljupplösning, olika långt utvecklade i kvalitetssäkringsavseende och med olika grader av sofistikering vad gäller informatiken.

Exemplet SKAK

Svensk Kirurgisk Förening inrättade 1992 en särskild kvalitetsgrupp (SKAK) som fick i uppdrag att utarbeta kvalitetsindikatorer som på ett rättvisande sätt kunde spegla begreppet kvalitet inom kirurgin. För att snabbt få bred kunskap om och bruk av indikatorerna beslöt Svensk Kirurgisk Förenings styrelse att genom årliga enkäter samla in uppgifter från landets nittiotal kirurgkliniker. I enkäten kompletterades frågorna om kvalitetsindikatorerna med andra frågor som har betydelse för bedömning av kvalitet, som omfattning av och kostnader för den kirurgiska vården. Exempel på sådana uppgifter var antalet sängplatser, klinikernas bemanning av olika kategorier, personalkostnader för dessa, budget och ekonomiskt utfall, befolkningsunderlag. De medicinska variablerna kompletterades för att få en begriplig bild av verksamheten, med uppgifter om frekvenser av vissa numerärt betydande ingrepp, diagnoser och komplikationer, men också med processmått av typ av obduktionsfrekvens, antal patologisk-anatomiska undersökningar m.m. Målet är att på sikt få in uppgifter av ett slag som ger en tydlig bild av verksamheten, på landets samtliga kirurgiska kliniker och som kan utgöra stommen i en gemensam, jämförbar typ av verksamhetsberättelse.

De efterfrågade uppgifterna var totalsiffror för varje klinik. Anvisningar och definitioner för vad som skulle innefattas i siffrorna angavs. Hur uppgifterna togs fram var varje klinikchefs ensak. Det förekom en spridning från papper-penna-handskriven-liggare till mer avancerade dataregister eller datorjournalsystem.

Ett allmänt intryck var att det var lätt att ta fram bemanningssiffror, antal sängar, budgetkostnader och vårddagar. Däremot var mer "kvalitativa" indikatorer som antalet ingrepp och antal komplikationer mer besvärliga att få fram. De fåtaliga resultatindikatorer som efterfrågades kunde endast i ett fåtal fall anges. Orsaken var i de flesta fall att register över sjukvårdens verksamhet överhuvudtaget ej existerade.

Ett påtagligt problem som de flesta chefsöverläkarna brottades med vid kliniker där registrering förekom, var att få ut uppgifterna ur

datorerna. Där central registrering av patientadministrativa uppgifter (PAS) förelåg, var det svårt att få ut uppgifterna och om det gick, kostade det extra pengar som klinikerna inte disponerade. Detta gällde framförallt där lagringen skett i stordatorer vilket är fallet på många svenska sjukhus som lämnat över datahanteringen till kommersiella företag. Sjukvården registrerar uppgifter om vården som skulle kunna utnyttjas för att förbättra den. Men uppgifterna är inte tillgängliga på ett enkelt och kostnadsfritt sätt varför de inte används. Registren kan uppenbarligen inte alltid utnyttjas för analyser för att förbättra och förbilliga sjukvården.

Trots de relativa svårigheterna besvarade 55 procent av landets kirurgkliniker den tämligen omfattande enkäten. Frågorna besvarades mer eller mindre fullständigt men ändå med totalt sett intressanta analysmöjligheter, och ny kunskap kunde presenteras. Det föreföll som om universitetskliniker och övriga stora kliniker hade större svårigheter att få fram uppgifter än mindre kliniker. Resultaten presenterades på läkarsällskapets riksstämma 1993 och debatterades livligt med positiva förtecken. En allmän uppfattning var att denna typ av registrering skulle hanteras av professionen samt att den var meningsfull och angelägen.

Ett år senare gjordes en ny enkätförfrågan med samma frågor och samma svarsfrekvensen men med bättre kvalitet på svaren. Den första enkäten hade startat en process på många kliniker för att snabbt kunna analysera kvalitetsindikatorerna och utnyttja dem för det nymornade positiva intresset för kvalitetsutveckling. Ett påtagligt resultat var framför allt den stora spridningen av kirurgisk tillämpning som påvisades. Detta budskap medförde att man på många håll såg över sin verksamhet och insåg värdet av denna typ av tämligen okomplicerad statistik.

Kvalitetssäkringen i SKAK:s regi sker således på en ganska osofistikerad nivå och ännu har inte hela kedjan av registrering, analys, förbättring och ny registrering genomförts. De flesta kliniker som deltagit har i och med genomförd datafångst tillägnat sig kunskapen om vilka svårigheter det innebär att dra ut sifferuppgifter ur befintliga databaser. När detta väl är gjort är det lättare att upprepa proceduren nästkommande år. Intresset av att få sin egen verksamhet klädd i siffertabeller har varit påtagligt och rädslan för att siffrorna skall avslöja obehagliga sanningar har förbytts i vetskap om att denna typ av siffror inte talar om den absoluta sanningen utan fastmer ställer relevanta frågor om verksamheten. Det är svaren på dessa frågor som förbättrar kvaliteten.

Svensk Kirurgisk Förening kommer även i fortsättningen att arbeta på den inslagna vägen. Finansieringen avses ske genom uttaxering från deltagande kliniker som i utbyte får tillbaka sina egna data i jämförelser

med andras. Resultaten kommer i övrigt att offentliggöras i avidentifierat skick som sammanställningar för olika kliniker på olika typer av sjukhus.

Exemplet Swedvasc

Planeringen av ett kliniskt register för perifer kärlkirurgi (pulsåderkirurgi i framförallt fr.o.m. den nedre tredjedelen av kroppspulsådern och ut i benen) i Sverige påbörjades hösten 1985. Efter ett års förberedelser, inklusive en månads testperiod, startade registret i Sydsverige januari 1987. Ursprungligen deltog 17 sjukhus och efterhand utökades dessa och fr.o.m. 1994 medverkar alla de drygt 50 sjukhus som bedriver perifer kärlkirurgi i Sverige. Cirka 130 kirurger medverkar regelbundet i en helt frivillig, professionell, icke myndighetsanknuten organisation. Swedvasc finansieras med anslag från nationella myndigheter, hittills omkring 1,5 miljon kronor, men deltagarnas frivilliga insatser är en nödvändig förutsättning, liksom sponsorsbidrag till två årliga deltagarmöten.

I Swedvasc registreras alla kärlingrepp, inklusive interventionell radiologi (blodkärlsvidgande ingrepp som göres med katetrar som införes genom punktion av huden, vanligaste ingrepp är ballongvidning av förträngande åderförkalkning), med preoperativa riskfaktorer (tillstånd hos patienterna som innebär större risk vid operation), indikation (anledningen till att göra ett ingrepp), ankeltryck (blodtryck i fotledshöjd), operationsdetaljer, komplikationer och resultat efter 30 dagar och ett år. Genom koppling till befolkningsregistret kan patientöverlevnad följas så länge registret fortlever.

Syftet med registret var att skapa ett instrument för kvalitetssäkring, inklusive möjlighet för enskilda kirurger att jämföra sina resultat med kollektivets, få underlag för planering av sjukvård och undervisning, kunna följa förändringar och utveckling inom specialiteten och etablera en bas för forskning. Forskning utgående från ett kliniskt register kan innebära:

– att studera kärlkirurgins resultat på populationsbas
(dvs. "*effectiveness, observational studies, outcome research*")
– att samla data om ovanliga sjukdomar och händelser
– att studera olika behandlingsmetoders resultat på medellång sikt
(1-5 år)

– att identifiera särskilda patienter och procedurer för mer detaljerade studier
– att utgöra underlag för prospektiva (framåtsyftande) studier med tillägg av särskilda studieprotokoll (dvs. "efficacy, randomized trials")

Datakvaliteten följs genom årliga jämförelser med de datoriserade anestesiregister som etableras på alltfler sjukhus (*validitet*) och genom återifyllande av slumpvis utvalda protokoll (*reproducerbarhet*).

Årligen registreras nu cirka 9000 procedurer och totalt har fler än 40 000 ingrepp registrerats under de första nio åren. Ungefär 50 procent utgörs av ingrepp för kronisk ischemi i benen (syrebrist p.g.a. blodkärlsförträngningar som ger ansträngningsrelaterad kärlkramp i benen), 15 procent av ingrepp för akut ischemi (svår syrebrist p.g.a. bristande blodcirkulation med kontinuerlig svår smärta och med risk för kallbrand), 10 procent av aneurysm (pulsåderbråck på stora kroppspulsådern), 8 procent av access-kirurgi (operationer för att skapa åtkomlighet till blodbanan vid dialys, blodrening vid bristande njurfunktion), 5 procent av carotisoperationer (operationer på halspulsådror för förträngningar och blodproppsalstrande sår på åderns insida) och 13 procent av diverse ingrepp.

Analys av Swedvasc-data har visat att frekvensen allvarliga fel är låg och ligger på 1 – 2 procent. Behandlingsresultaten i övrigt hävdar sig väl gentemot vad som redovisas i internationella tidskrifter, t.ex. vad avser överlevnad efter aneurysm-kirurgi, funktion efter ingrepp för ischemi i benen eller komplikationer i anslutning till carotis-kirurgi. Vid kritisk ischemi (begynnande eller manifest kallbrand) har vi dock noterat att amputation och mortalitet (dödlighet) efter ett år vardera ligger kring 20 procent även om 30-dagarsresultaten är bra. Det talar för att patient-selektionen skulle kunna bli bättre.

Rent tekniskt använder man sig sedan starten av tryckta pappersprotokoll som den ansvarige kirurgen fyller i och postar till ett centralt kansli varifrån uppgifterna knappas in via modem till stordator. Därifrån fås sedan data ut på diskett för bearbetning och distribution med hjälp av persondator. Några kliniker har börjat använda persondator även för indata. Sedvanligt tillstånd från Datainspektionen finns, särskilda kurser i datoranvändning och statistik för de deltagande kirurgerna har genomförts.

Swedvasc använder sig således av ett "kombinerat" system av pappersblanketter, post, stordator och persondator. Åtskilliga kvalitetsanalyser har gjorts och i vissa avseenden kan förändringar till det bättre noteras vad gäller de medicinska resultaten (9,11). Det finns dock mycket att göra både beträffande kvalitetsutvecklingen inom specialiteten och utvecklingen av informationshanteringen.

Exemplet KPP

Vårt tredje exempel gäller den detaljerade registreringen av patientspecifika kostnader som genomfördes i projektform i hela den värmländska slutenvården under våren 1994 (12).

I samarbete mellan Landstinget i Värmland, Regionsjukhuset i Örebro och Landstinget i Gävleborg utarbetades en modell för kostnadsevaluering av slutenvård och polikliniska operationer. Basen i projektet var det registersystem som DRG-klassificering bygger på och som är begränsat till slutenvård och polikliniska operationer. Avgränsningen till slutenvård och polikliniska operationer var av detta skäl naturlig. Till DRG-grupperaren länkades en i projektet skapad modul för kostnadsevaluering.

Avsikten med projektet var att få fram prospektiva kostnader baserade på den reella vårdresurs som vården av en viss patient förbrukade. Det vill säga registrera händelser som har ekonomisk och sjukvårdsmässig betydelse i det moment när de sker. Härigenom undviks dataförluster. Detta arbetssätt står i kontrast till utnyttjandet av budgetfördelade kostnader som använts i andra projekt.

I den kostnadsevaluerande delen ingick två huvudingredienser: A) en underhållsdel där omfattande ekonomisk information ingick om varje variabels kostnad per registrering, B) en klinisk, sjukvårdsmässig registerdel. Programmet multiplicerar med den ekonomiska styckprismodulen med antalet registrerade händelser av olika slag. Summerat per patient resulterar detta i Kostnad Per Patient – KPP.

Det ekonomiska bakgrundsmaterialet krävde ett stort förarbete som gjordes i nära samarbete mellan ekonomer och medicinsk profession. Inga genvägar nyttjades utan varje post har räknats och mätts individuellt för varje klinik och avdelning. Framräknade kostnader som var beroende av utnyttjandegrad och utfall har korrigerats med efterkalkyler.

En tydlig strävan i projektet var att registrering skulle ske med ett arbetssätt som innebar att förlust av data minimerades. Detta innebar att protokollet måste vara lättanvänt och att registreringen måste vara enkel att genomföra. Protokollet var utarbetat i samråd med vårdpersonal och uppfattades som hanterligt. Principen var att registrering skulle ske där behandlingen gavs eller hos den som beställde undersökningen beställdes. Protokollet följde patienten som loggbok genom hela vårdtillfället. Registreringen innebar för en sköterska en utökad registrering av sedvanliga sjukvårdsingredienser och för läkare framför allt högre krav på att huvud-/bidiagnoser, komplikationsdiagnoser och operationskoder var rätt satta.

Första delen av protokollet omfattade patientadministrativa uppgifter – PAS-uppgifter som registreras på alla patienter i Sverige, i all slutenvård. I dessa ingår huvuddiagnos, bidiagnoser samt operationskoder, in- och utskrivningssätt, vårdtid, bostadskommun m.m. Denna del ifylldes i huvudsak på vårdavdelning.

I arbetssättet infördes insatser för att varje patient från personal på vårdavdelning operationsavdelning eller uppvakningsavdelning (UVA) registrerades i tid. Detta innebar att de ca 70 procent av kostnaderna som personalkostnaderna utgör fördelades på den patient som faktiskt utnyttjade vården. Få ansträngningar har tidigare inriktats på att rätt belysa denna betydande andel av sjukvårdskostnaderna.

Övriga insatser för patienten registrerades där behandlingen utfördes av respektive enhets personal t.ex inom operations- anestesi- och intensivvårds-verksamheterna.

Användning av apoteksvaror, kliniskt kemiska laborationer, bakteriologiska, patologiska, kliniskt fysiologiska och röntgenologiska undersökningar registrerades på vårdavdelning eller där patienten befann sig när man fick svaret på undersökning/prov. Övriga kostnadskrävande åtgärder, liksom konsultationer av övriga vårdgivande kategorier, ifylldes i huvudsak på vårdavdelning.

Projektet skiljer sig från andra kostnadsevaluerande ansträngningar genom ambitionen att inkludera landstingens samtliga kostnader per vårdtillfälle, utom för politikerorganisationen och sjuktransportorganisationen. Allt från landstingsdirektör till de bandage som patienten behövde när hon lämnade sjukhuset ingick. Registreringen av individuell vårdtid per patient på vårdavdelningarna innebar ett nytt sätt att angripa kostnadsfördelningen för den enskilt största kostnaden i slutenvården. Begreppen vårdagar, beläggning av sängar m.fl. är behäftade med stora svagheter och bör ersättas med individuell vårdtidskonsumtion.

Resultat

Under första halvåret 1994 registrerades drygt 33 000 slutenvårdstillfällen och polikliniska operationer i Värmland, 18 584 på centralsjukhuset i Karlstad och 14 708 vid de fyra länsdelssjukhusen. Den totala kostnaden för dessa vårdtillfällen var 515 miljoner kronor vilket innebär ett genomsnittligt pris av 15 450 kr per slutenvårdtillfälle i Värmland.

För att belysa och kartlägga sjukvårdens produktion och resurskonsumtion gjordes analyser för det sammanlänkade ansvarsområdet

Landstinget i Värmland på flera nivåer: landstinget, sjukvårdsdistrikt/ invånarna, kommun / invånare, sjukhus, klinik och vårdavdelning.

I botten låg varje enskild patients / vårdtillfälles enskilda sjukvårdskostnader som byggstenar.

Resultaten förelades samtliga enheters ansvariga som gavs tillfälle att kommentera och korrigera. Klinikvis hölls seminarier för återföring av resultat.

Som exempel på redovisningar kan nämnas medelkostnad per patient med en speciell diagnos eller diagnosrelaterade grupper (DRG) för kliniker, sjukhus eller för sjukvårdsdistrikt.

De totala behandlingskostnaderna för resp distrikts invånare har varit en annan utgångspunkt för analys och sammanställningar. Dessa har senare legat till grund för ekonomiska överenskommelser mellan sjukvårdsdistrikten i Värmland.

Det mest framträdande resultatet var det överallt framträdande mönstret med stora variationer mellan ingående enheters kostnader, vårdvolymer och interna kostnadsskillnader i de olika mätvariablerna, trots likartade ansvarsområden. Att olika sjukvårdsbehov skulle motivera de stora skillnaderna bedöms som osannolikt.

Som exempel kan nämnas att det förelåg 25 procent skillnader mellan distrikten i medeltotalkostnad, medelvårdtillfällen och medelvårddagar per invånare eller medelkostnad per vårdtillfälle.
(Se Figur 2a-2d).

Skillnader i kostnader mellan klinikerna för behandling av samma sjukdom, t.ex hjärtinfarkt eller höftprotesoperation kunde skilja sig 30 - 40 procent (Se tabell 1, 2).

Fig.2a Medelkostnad per invånare, akut somatisk korttidsvård
Sjukvårdsdistrikten i Värmland
(Första halvåret 1994)

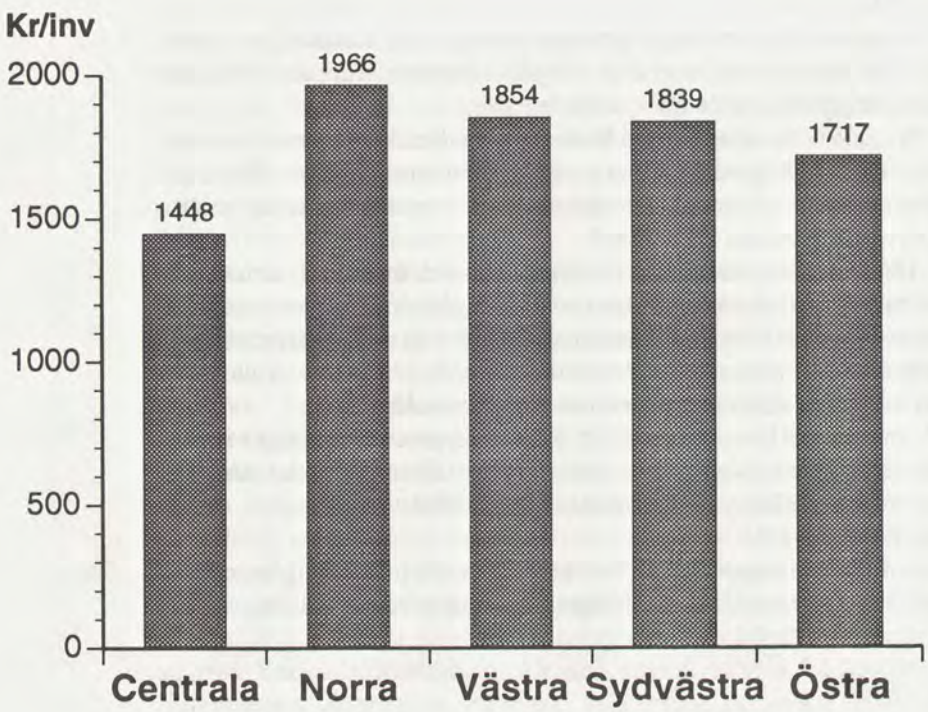


Fig 2b Antal vårdtillfällen per invånare, akut somatisk korttidsvård
Sjukvårdsdistrikten i Värmland
(Medelvärde, första halvåret 1994)

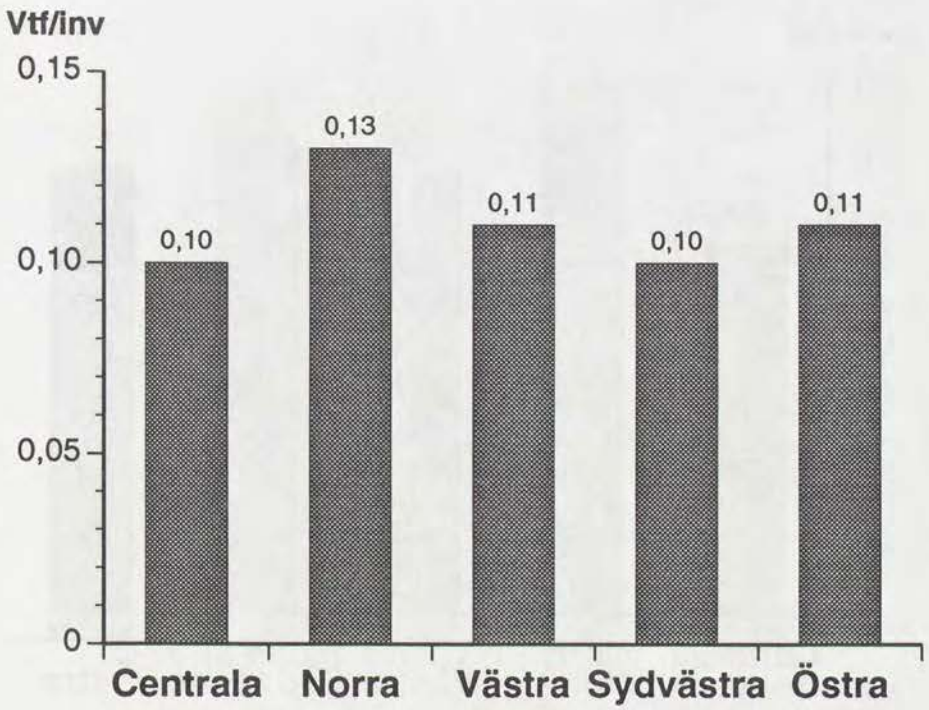


Fig 2c Antal vårddagar per vårdtillfälle, akut somatisk korttidsvård Sjukvårdsdistrikten i Värmland (Medelvärde, första halvåret 1994)

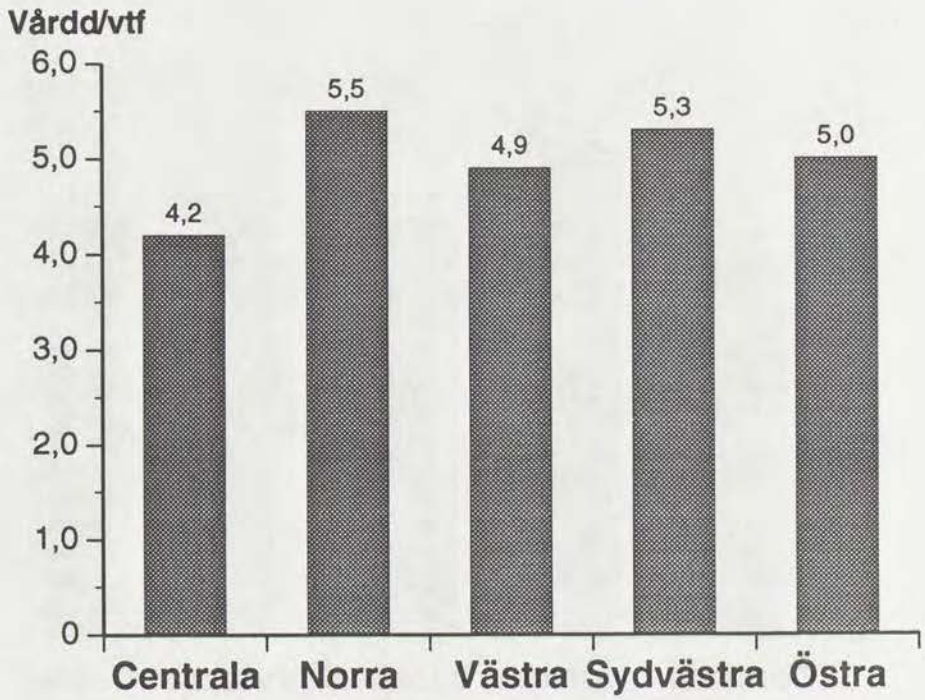
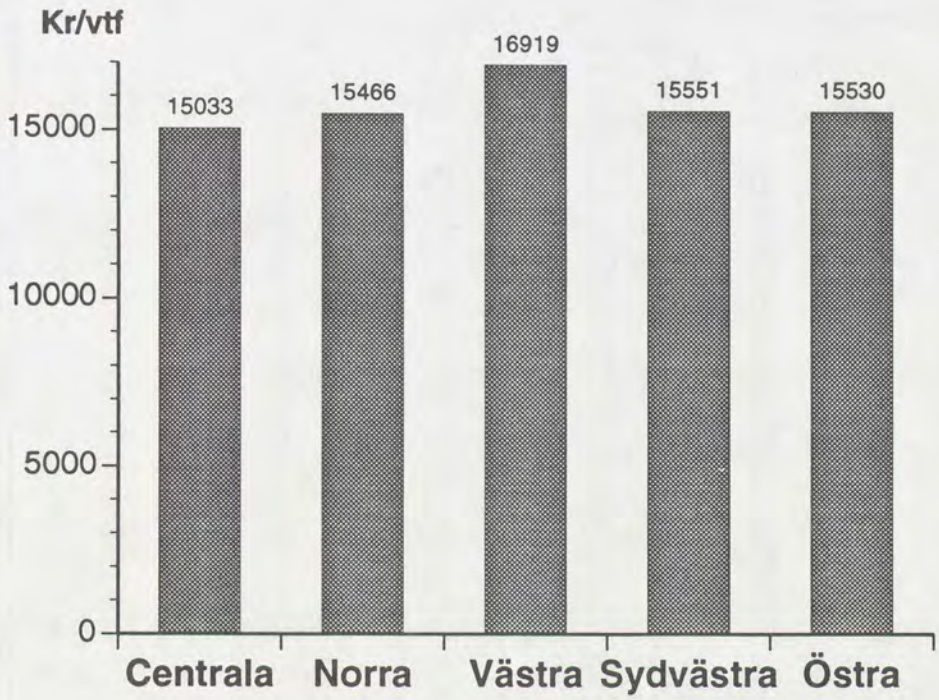


Fig 2d Medelkostnad per vårdtillfälle, akut somatisk korttidsvård
Sjukvårdsdistrikten i Värmland
(Första halvåret 1994)



Tabell 1 Vårdtid och kostnader per vårdtillfälle för DRG 209 (innerfall). *Större nedre led & extremitetsimplantat.*

Vårdtillfällen(vtf) med operationer för höft- och knäproteser

	Projektet	Karlstad	Torsby	Säffle	Arvika	Kristinehamn	Bollnäs	Hudiksvall	Sandviken	Örebro
Antal vtf	n=723	n=154	n=41	n=42	n=33	n=36	n=102	n=61	n=56	n=196
Vårddagar (median)	10	9	4	13	13	13	9	9	10	12
Vårddagar (medel)	11,3	10,2	6,0	14,4	14,7	13,9	9,4	11,4	11,3	12.3
Medelkostnad	52793	54168	53588	64295	59592	56790	39	56744	45508	62653
Standardavvikelse	16447	16118	9639	13786	16059	15290	8226	16571	14426	15016
Mediankostnad	55006	51335	52111	63208	57255	52455	39317	54983	42888	59880
Max kostnad	131347	123109	83094	100847	121526	108629	70843	131347	104397	124235
Min kostnad	12933	12933	39933	40772	38699	32936	23254	33601	23664	25212
Q 1.	43161	44370	46160	52600	50947	47831	33441	47066	36142	52949
Antal vtf < Q 1.	180	38	10	10	8	9	25	15	14	49
Q 3.	63282	59453	55820	71561	63745	63178	42830	61063	52477	69976
Antal vtf < Q 3.	180	38	10	10	8	9	25	15	14	49
Grundkostnad	12587	12043	7631	13577	15982	11712	8171	8450	9045	17841
Vårdkostnad	8838	7819	5918	8525	9092	4926	7698	11044	8865	10815
Akutavdelning	37	16	0	35	220	99	71	18	0	18
Apotek	1320	1003	608	872	855	893	311	704	1092	3184
Bakteriologi	64	60	91	62	30	13	39	47	33	106
Blod	1227	1414	939	1834	943	2175	709	1272	523	1350
Klin fysiologi	80	25	4	76	44	0	110	105	163	113
Klin kemi	304	110	117	461	0	324	207	556	366	389
Patologi	7	8	20	0	0	8	11	0	0	9
Röntgen	901	1089	1040	1008	1756	921	650	789	1592	520
Konsulter	1923	2934	2068	5751	2137	1972	783	1104	939	1251
Anestesi	4333	4782	5668	5040	4597	3655	4809	4698	4789	3184
UVA	3223	2040	7942	13301	8081	9359	2436	0	267	1351
IVA	1173	349	839	0	0	1174	1164	6693	2408	284
Operation	18971	20427	20684	13737	15460	19558	12635	21261	15397	22671
Övriga kostnader	17	48	19	17	24	0	9	4	31	0
Kostnad per vtf	55007	54168	53588	64296	59593	56791	39813	56744	45509	62654

Tabell 2 Vårdtid och kostnader per vårdtillfälle (vtf) för DRG 122 (innerfall) i projektet

Hjärtinfarkt hos patient utan komplicerande sjukdomstillstånd. Patienterna har skrivits ut levande.

	Projektet	Karlstad	Torsby	Säffle	Arvika	Kristinehamn	Sandviken	Örebro
Antal vtf	n=573	n=137	n=66	n=41	n=51	n=55	n=79	n=144
Vårddagar (median)	6	5	5	6	8	7	6	6
Vårddagar (medel)	6.7	6.2	5.4	6	8.5	7.7	7	6.4
Medelkostnad	21059	19055	17632	22040	27432	25563	14170	24059
Standardavvikelse	11064	7999	7340	12328	12899	11326	7715	12288
Mediankostnad	18297	17494	15333	18773	26148	23860	12657	21104
Max kostnad	69708	45726	47131	66156	62494	69361	62853	69708
Min kostnad	0	3189	7923	5765	6547	8816	0	4402
Q 1.	13536	13536	12987	14862	15996	18297	10034	16051
Antal vtf < Q 1.	143	34	16	10	12	13	19	36
Q 3.	25097	21748	19973	25540	36467	28005	16157	28524
Antal vtf > Q 3.	143	34	16	10	12	13	19	36
Grundkostnad	8605	8464	7969	5246	9604	7160	4314	12539
Vårdkostnad	4954	5652	6609	2783	4073	2982	3303	6122
Akutavdelning	435	578	485	718	634	563	0	315
Apotek	783	640	1274	138	216	263	96	1653
Bakteriologi	21	14	12	0	21	10	0	55
Blod	59	94	42	0	5	25	0	116
Klin fysiologi	602	1166	18	549	298	323	267	746
Klin kemi	554	570	699	122	363	466	322	824
Patologi	3	1	0	0	0	8	0	8
Röntgen	719	498	351	415	334	383	1219	1175
Konsulter	299	431	102	160	256	672	78	298
Anestesi	1	0	0	0	0	0	0	3
UVA	0	0	0	48	0	0	0	0
IVA	3928	937	0	11506	11615	12695	4554	0
Operation	1	4	0	0	0	0	0	0
Övriga kostnader	92	8	72	354	14	14	16	204
Kostnad per vtf	**21059**	**19055**	**17632**	**22040**	**27432**	**25563**	**14170**	**24060**

Resultaten har visat sig ha fler nytto- och applikationsområden än vad som från början förutsågs. Skälet är att denna typ av data inte varit tillgängliga i landstinget och för många kom det som en överraskning att undersökningen gav så mycket tidigare okänd information. Skillnaderna mellan och inom enheterna var så stora att den ekonomiska betydelsen är påtaglig. Nödvändiga kostnadsreduktioner i landstinget skulle kunna hämtas hem genom att reducera skillnaderna, utan att detta skulle påverka kvaliteten eller tillgänglighet av sjukvårdsutbudet.

Viktiga förutsättningar för det positiva resultaten var att samtliga enheter i en samverkande enhet ingick (landstingets fem sjukhus med i stort sett alla kliniker) och att alla beräkningar och registreringar utfördes på samma standardiserade sätt. Det var jämförelserna som pekade på skillnaderna och som genom nya insikter väcker frågor.

Materialet ger möjligheter att göra rätt på fler nivåer vid grannlaga prioriteringar.

Arbetet med att för hand genomföra registreringen innebar en belastning för personalen men trots detta har arbetet uppfattats som angeläget, mycket beroende på att personalens arbete tydliggjordes och på att kunskaper om kostnader och förbrukning uppfattades som viktiga.

Arbetssättet att med protokoll registrera kostnader från tabeller och prislistor som visar vilka stora belopp enskilda sjukvårdsinsatser innebar, innebar ökad kostnadsmedvetenhet hos dem som deltog i registrerandet. Kostnadsmedvetenheten kommer på sikt att innebära besparingar p.g.a. förändringar i icke ändamålsenliga rutiner.

KPP var ett utvecklingsarbete som syftade till att visa vad vården kostade. Det prospektiva arbetssättet är krävande, men innebär att förutsättningar finns för att erhålla ett mer rättvisande resultat än budgetbaserade fördelningsmetoder. Praktiskt har arbetssättet visat sig genomförbart och har hittills använts i tre landsting.

Att ha ett system som belyser ekonomiska konsekvenser av skillnader i medicinsk praxis och organisation har givit konkret underlag för det praktiska förändringsarbetet (kostnadsreduktionsarbetet) och har ställt Värmland i ett bra utgångsläge för de stora besparingar som landstinget måste genomföra fram till sekelskiftet. Kunskapen har givit beslutsfattarna en tro på att föreslagna reduktioner är möjliga att genomföra och har under våren 1996 resulterat i beslut om kraftfulla förändringar med bred politisk förankring.

I KPP-projektet har man med mycket hög detaljeringsgrad skaffat sig kunskap om resursförbrukningen inom sjukvården och därigenom underlag för granskning av sjukvårdens kvalitet i ett helt landsting. Data har redan "på verkstadsgolvet" förts in i persondator och stora datamängder har på kort tid insamlats. Metodiken har vidareutvecklats och använts för ytterligare kvalitetsgranskningsprojekt i Värmland och annorstädes.

KPP är således avancerat både beträffande potentiell kvalitetsgranskning och informatik.

Erfarenheten har lett till att ett konkret arbete pågår för att utveckla systemet till ett heltäckande instrument för att kontinuerligt följa sjukvårdskonsumtion, sjukvårdskostnaderna och resultat av vården enligt den modell som beskrivs i nästa kapitel. Avsikten är att skapa ett kontinuerligt planeringsverktyg – ett medicinskt ledningssystem. Detta beräknas kunna prövas under hösten 1996 för att användas i full skala från 1997 vid alla sjukhusen i Värmland.

De här tre exemplen visar att det fortfarande finns en hel del att göra i den praktiska sjukvården vad beträffar fortlöpande registrering, informationshantering och vad gäller kvalitetsutvecklingen. Den välfungerande datorjournalen som automatiskt ger oss all viktig information ligger ännu långt fram i tiden.

Sjukvårdens resultat: tekniskt – medicinskt och kliniskt meningsfullt

Den vetenskapliga medicinens framsteg och den västerländska teknokratiska sjukvårdskulturen har lett till en stark betoning av biokemiska och kliniskt fysiologiska mått när resultat av vård och behandling skall värderas. Siffror och exakta mätvärden är tacksamma och lätta att jämförande värdera och redovisa. Innebörden för patienten kan däremot vara mer oklar. Ur dennes synvinkel hjälper inte ett förbättrat blodprov eller en förbättrad röntgenbild om han eller hon fortfarande inte mår bra.

Mycket av senare års diskussion kring kvalitet och behandlingsresultat utgår från hårda mätvärden, ofta från det allra hårdaste: död-överlevande. Det ger en mycket förenklad och grov bild av sjukvårdens medicinska resultat. I de flesta fall sysslar vi inte med livräddande behandlingar utan med mindre dramatiska försök att förbättra patientens fysiska hälsa, psykiska välbefinnande och ibland livskvalitet (eller försöker åtminstone motverka försämringar).

I de gamla journalliggarna från 1800-talet noterades alltid om patienten skrevs ut "botad, förbättrad, oförbättrad, försämrad eller död". Denna form av "klinisk totalbedömning" anses i dag alltför torftig för att kategorisera resultat ur medicinsk/vetenskaplig synpunkt och anges sällan i utskrivningsanteckningarna. Emellertid summeras den samlade medicinska bedömningen av en patients tillstånd oftast i just så "torftiga" beskrivningar. På mottagningen anges att patienten är botad/förbättrad/försämrad sedan föregående besök då doktorn förskrev ett läkemedel. Under ronden

värderas patientens tillstånd som förbättrat eller försämrat efter operationen eller efter den senast utförda behandlingen.

Även livskvalitet värderas ofta enligt samma mönster vid t.ex mottagningsbesök

Patienten kan ofta ange hur livet ter sig efter en behandling i jämförelse med före i enkla skalor som mycket bättre, bättre, ingen skillnad, sämre eller t.ex outhärdligt. Skalan kan uppfattas som allt för enkel men ändå anges värderingen ofta i journalen.

Vi är idag uppenbarligen vana att göra denna enkla typ av enkel kategorisering av våra patienters tillstånd men inte vana att använda en definierad skala som betyder samma sak för varje doktor och fästa resultatet på papper (eller i dator).

Det är också intressant att en totalbedömning av kliniskt status ofta är mer prediktivt för långtidsresultat än ett aldrig så exakt biokemiskt eller fysiologiskt mätvärde. Exempel på detta är patientens medvetandegrad före en akut operation av brustet pulsåderbråck i buken (14) eller WHO-skalan vid syrgaskrävande lungsvikt (15).

Feinstein skrev redan 1967 om hur man genom klinisk kategorisering kan göra "mjuka" kliniska uppgifter "hårda" och reproducerbara. De senaste årens intresse för att mäta livskvalitet är en yttring av samma strävan (16).

Det är ett rimligt krav att vårdgivarna skall kunna redovisa resultatet efter vård och behandling i tre avseenden (i 3–5 gradiga skalor): *medicinska resultat, livskvalitet och patienternas upplevelse av vården/patienttillfredsställelse (=vårdkvaliteten)*. Det finns idag en rad exempel på metoder och genomförda mätningar som visar att detta låter sig göras på ett tillförlitligt sätt (17–27).

För att genomföra detta på bred front krävs att man inom de olika specialiteterna formulerar kriterier på hur behandlingsindikationer och patienternas tillstånd före behandling definieras i enhetliga och meningsfulla termer för olika diagnoser/diagnosgrupper.

Vidare krävs att de olika specialiteterna/subspecialiteterna för de stora sjukdomsområdena/diagnosgrupperna definierar vad man menar med "botad – förbättrad – oförändrad/kroniker – försämrad – död" i medicinskt-tekniskt avseende, att man också vad gäller livskvalitet definierar vad man anser är "förbättrad – oförändrad - försämrad" livskvalitet. Ett exempel på ett validerat och enkelt mätinstrument för livskvalitet är det formulär som utvecklats vid den europeiska institutionen för cancerforskning (EORTC QLQ-C30) och som används över hela Europa. Andra exempel på formulär är MOS-SF 36 (Medical Outcome Study) och SIP (Sickness Impact Profile).

En patient som framgångsrikt opererats och fått en ny höftled med invändningsfri röntgenbild efter operationen kan vara smärtfri, gå bra och klara sig själv hemma, således botad kliniskt, och förbättrad vad gäller livskvalitet, och har upplevt vården som bra.

Han kan alternativt se bra ut på röntgen, vara smärtfri men ha dålig gångförmåga p.g.a. muskelsvaghet och kontrakturer och därför behöva vistas i serviceboende. Då är han kliniskt förbättrad, inte botad, och hans livskvalitet kan vara försämrad jämfört med den preoperativa situationen, och han kan därtill ha uppfattat vården som dålig. Vårdresultatet i de båda fallen kan medicinskt-tekniskt vara identiskt men i kliniskt meningsfulla termer skilja sig betydligt.

En utveckling inom detta område är nödvändig för att vi på meningsfullt sätt skall kunna värdera vårdens resultat och avgöra vilka insatser som är ändamålsenliga.

Patientens upplevelse av bemötande och vårdens kvalitet bör också kunna generaliseras i samma termer för många discipliner bra – neutralt – dåligt, eventuellt med mellangrader därtill. Även för vårdkvalitet finns nu utarbetade frågeformulär som kan ge oss mått på vårdens resultat i detta avseende (24–27).

Bristande medicinsk ändamålsenlighet vanligare än vi vill tro

Observationen att behandling inte alltid leder till åsyftat resultat är förstås trivial. Problemet har angripits på olika sätt, särskilt under det senaste decenniet av ökat intresse för kvalitet i sjukvården. Vanligen har man koncentrerat sig på det akuta felet, misstaget, "kirurgen som tar av fel ben", "sköterskan som ger fel medicin". Ansvarsnämnden kan finna att en läkare inte handlat enligt "vetenskap och beprövad erfarenhet". Vad är då rätt och fel? Flera olika metoder har använts för att komma fram till vad som är riktigt för en given patient, dvs. rätt indikation för en åtgärd, "rätt enligt regelboken", utan att man nödvändigtvis tar hänsyn till slutresultatet.

"Appropriateness-of-care" studierna under det senaste decenniet använder en expertpanel för att värdera vad "vanliga läkare" gjort. Sedan mitten av 80-talet har en rad studier publicerats, där man med standardiserad expertbedömning av journaler undersökt om olika ingrepp varit indicerade (="appropriate care"). Ofta har man kommit fram till att en större eller mindre del av utförda operationer inte utförts på riktig indikation och således representerar överbehandling. Metoden har dock kritiserats, dels för att kännedom om utfallet naturligt nog påverkar värderingen av indikationen, dels för att den inte skapar nya vetenskapliga data utan enbart ..."codifies old beliefs..." (28). Å andra sidan representerar den ändå ett konstruktivt sätt att flytta fram positionerna när det gäller att komma överens om vad som är riktig behandling i en situation när konsensus inte är etablerad. Metoden har nyligen prövats i Sverige (29).

Principiellt samma metod används också för att i efterhand värdera om ett dödsfall inom sjukvården kunde ha undvikits ("*avoidable death*") (30). Ett "undvikbart" dödsfall efter operation kan då kanske svara mot ett mycket speciellt slags överbehandling.

Evidence based medicine, cross design studies och *metaanalyser* utgör olika metodiker för att sammanställa kunskap från flera vetenskapliga studier. Det är i och för sig viktigt att sådant görs eftersom olika studier kan ge skiljaktiga resultat och det som var sant igår kan vara fel idag.

Felaktig indikation (dvs. läkaren har inte rätt använt tillgänglig kunskap) och dödsfall drabbar dock bara enstaka procent av alla som behandlas i sjukvården. De flesta behandlingar syftar inte heller till att undvika död utan till att förbättra livskvalitet vid kronisk sjukdom.

Problemet är istället att betydligt fler patienter, kanske 20 – 40 procent, inte når det avsedda resultatet trots behandling enligt alla konstens regler. Man åstadkommer inte den förbättring av funktion eller livskvalitet som patienten hoppades på och som läkaren förväntade sig. Den höftopererade har fortfarande ont och svårt att gå, den cancersjuke blev inte bättre av cellgiftbehandlingen, magbesvären kvarstår trots adekvat medicinering.

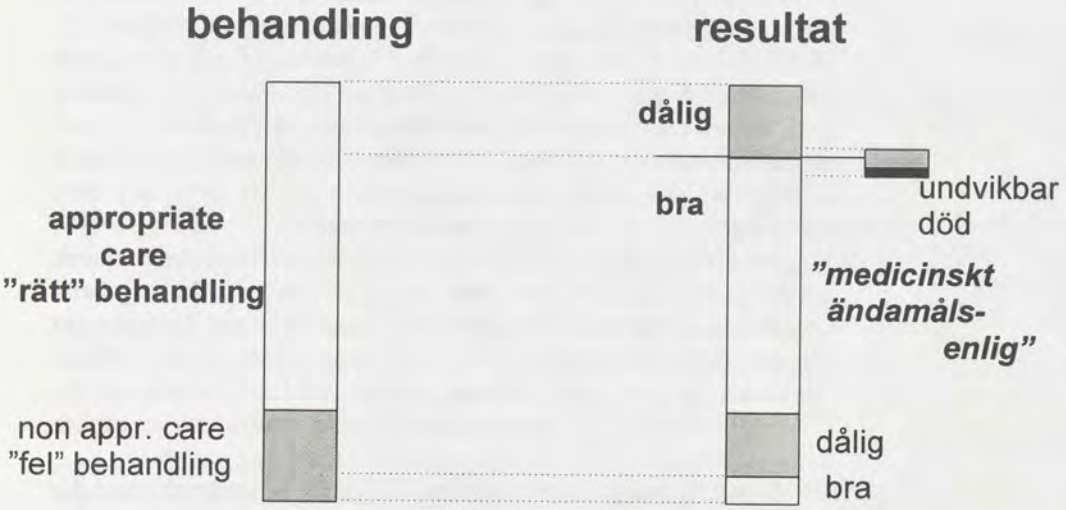
Medicinsk ändamålsenlighet innebär behandling på riktig indikation *och* med ett bra resultat. Kravet är alltså betydligt hårdare än begreppet "appropriate care", där det räcker med att göra rätt enligt reglerna. Relationen mellan dessa begrepp beskrivs i figur 3. Alla patienter som får riktig behandling ("appropriate care") blir inte bra ("medicinskt ändamålsenlig").

Bristande medicinsk ändamålsenlighet är alltså inte frågan om felbehandling utan om att vi helt enkelt inte vet, saknar kunskap om, vilken behandling som är bäst för just dessa patienter. Den medicinska forskningen har hittills koncentrerat sig på att förklara sjukdomsmekanismer och, i kliniska sammanhang, utröna *efficacy*, dvs. ta reda på vad som fungerar under optimala förhållanden. *Effectiveness*, vad som fungerar under standardförhållanden, är något helt annat.

Det grundläggande problemet i klinisk praxis är inte att förklara en sjukdom utan att förutsäga hur det skall gå för den enskilde patienten och sedan göra vad man kan för att optimera prognosen.

Med andra ord, forskningen måste inriktas på hur vi skall kunna förbättra vår prediktionsförmåga på individnivå. Det mesta är ännu ogjort inom detta område.

Figur 3. Medicinsk ändamålsenlighet. ***Den behandling som är helt "enligt vetenskap och beprövad erfarenhet" är inte alltid medicinskt ändamålsenlig. Potentiell "undvikbar död" berör bara ett litet fåtal. I ett litet antal fall kan resultatet också bli acceptabelt även om man "gör fel". Dessa förhållanden har sin grund i ofullständig kunskap och begränsad förmåga till prediktion på individnivå.***



Medicinskt beslutsfattande: navet i sjukvården

Det centrala skeendet i klinisk medicin är en enskild läkares beslut om utredning och behandling av en enskild patient. Det är här som både budgetöverdrag, anmälningar och tacksamma patienter genereras. Vad som sker i detta "sjukvårdens nav" har hittills föga uppmärksammats på administrativ och politisk nivå. En liten del av professionen har dock samlat sig kring specialiteten *medicinskt beslutsfattande* (medical decision

making = MDM, clinical decision analysis). Det finns idag en rad normativa och andra analyser om hur beslut i olika kliniska situationer bör fattas, modeller för beslutsfattande och experimentella studier kring de psykologiska mekanismer hos individen som både kan underlätta och försvåra riktiga beslut.

MDM började etableras som en särskild medicinsk disciplin i USA för ca. 20 år sedan. Den tedde sig då relativt världsfrånvänd. Man undersökte ganska grovt förenklade modeller av ringa intresse för klinisk medicin (31). Forskningsresultaten från den experimentella psykologin bidrog med olika delförklaringar men den praktiska nyttan var fortfarande inte uppenbar (32). Gradvis har emellertid modellerna blivit alltmer komplexa och därigenom också mer realistiska (33). Datorteknikens utveckling har också inneburit att varje intresserad läkare själv kan lära sig att hantera stora datamängder och göra komplicerade beräkningar.

Medan utvecklingen i USA fr.a. drevs av läkare med invärtesmedicinsk inriktning, var kirurgerna i Europa tidigt ute. Den engelske mag-tarmkirurgen DeDombal började redan under 70-talet på ett standardiserat sätt registrera olika patienttyper i vardagssjukvården. Analys av stora mänger patientdata har givit många nya kunskaper av praktisk betydelse (34,35). Under 90-talet har olika aspekter av medicinskt beslutsfattande explicit diskuterats även i akademiska avhandlingar (36,37).

På senare tid har man också börjat studera hur beslut konkret fattas i den kliniska vardagen. I en studie bland svenska läkare har vi funnit stora skillnader i hur man fattar beslut och i vilket resultat man kommer fram, även när man utgår från samma faktaunderlag. Det finns således en potential för optimering av beslutsfattandet. En nyligen publicerad studie visar hur återkoppling från datoriserad analys av tidigare behandlingsresultat kan förbättra beslutsfattandet (38).

Vad bör göras?

Förändringar krävs för att kunna möta den sjukvårdsökande allmänhetens krav på 2000-talets sjukvård. 40-,50- och 60-talisterna med bättre utbildning och mer medvetenhet om medicinska möjligheter kommer att ha berättigade krav på att sjukvården skall kunna ge tydliga besked om vilka behandlingar som står till buds, vad behandlingarna innebär i nytta för den enskilde, om biverkningar och om prognos. Det kommer att resas stigande krav på ett personligt bemötande och krav på en hög grad av integritet.

För detta krävs en väsentligt mycket bättre kunskap om vardagssjukvårdens negativa och positiva resultat – i en stundtals svindlande medicinsk – teknologisk utveckling. Det kommer inte vara möjligt att använda alla diagnostiska möjligheter och behandlingsmöjligheter på alla

utan det kommer att krävas att "rätt metod" används till "rätt patient" – den patient som kan förväntas ha en livskvalitetsförbättring i sikte efter åtgärden. Vi måste kunna förutsäga resultat för att kunna arbeta med ett medicinskt ändamålsenligt anslag.

Med detta "nya" arbetssätt kan de bästa medicinska möjligheterna erbjudas så många som möjligt i den situation vi befinner oss, med ett gap mellan bristande ekonomisk tillgång och användande av ekonomiska resurser inom sjukvården. Detta förhållande kommer rimligtvis att råda långt i in på 2000-talet.

Det finns ingen enkel metod för att nå målet "bättre prediktion för den enskilde patienten" som är förutsättningen för en högre grad av medicinsk ändamålsenlighet.

Några renodlade steg kan dock skönjas (se även figur 4):

Registeruppbyggnad och analysmöjligheter.

För att nå målet måste krav resas och möda satsas på att få till stånd en fortlöpande registrering av all sjukvård, som på ett rättvisande sätt kan användas för att belysa vardagssjukvårdens produktion, konsumtion och resultat i medicinska och ekonomiska termer. För att uttolkningen av analysen skall kunna bli tillräckligt nyanserad bör kravspecifikationen på sjukvården också innehålla anvisningar om att införa resultatvariabler med medicinskt, livskvalitets- och patientupplevelse innehåll.

Denna rutinmässiga registrering av sjukvården och dess resultat kräver professionens engagemang i definitioner av meningsfulla behandlingsmål och utveckling av resultatmått. Den måste också stödjas av utveckling inom teoretisk vetenskap.

Detta första steg brådskar då arbetssättet med ett nationellt perspektiv är en förutsättning för utvecklingen. Målet bör vara att kunna komma igång under 1998. En grundval för att detta skall lyckas är att det av staten ställs uniforma krav på alla vårdgivare att kunna redovisa vad som görs, med vilka resultat och till vilken kostnad.

Fig 4 Hur förbättra vardagssjukvården?

Förbättrad prediktion och beslutsfattande vägen till ökad medicinsk ändamålsenlighet.

Med kunskap om vardagssjukvårdens resultat finns ett underlag för analys av vad som är ändamålsenligt inom medicinen, om hur praxis enklast och även billigast leder fram till målen. Det ger möjligheter att sovra och utmönstra mindre bra handlingsmönster och metoder. Med andra ord förbättras basen för läkarnas beslutsfattande och ger möjligheter till att analysera konsekvenser av läkarnas sätt att fatta beslut. Till detta krävs ett djuplodande forsknings- och förändringsarbete om beslutsprocessen i sig. Konsekvenserna av analyser av beslutsfattandet kommer sannolikt att leda till att väsentliga delar av efterkrigstidens sjukvårdskultur i grund förändras. Men det är nödvändigt och kommer att leda till bättre vård för den enskilde och samtidigt skapa utrymme för utveckling i en trång ekonomi.

Instrument för värdering av vården.

Informatiken inom sjukvården måste utvecklas. Till det behövs bara en liten grupp entusiaster, liksom för utvecklingen inom den akademiska vetenskapen. För att i praktiken påverka sjukvården måste man däremot få en majoritet av vårdens aktiva med sig. På kort sikt måste mycket göras för att engagera läkarkåren, både för att sprida förståelse för betydelsen av rutinmässig registrering ("monitorering") men också för utvecklingsarbete och värdering av behandlingsresultaten i vidare mening än vad som är brukligt i dag (punkt 2). På längre sikt måste allt detta även in som en integrerad del i läkarutbildningen.

I vardagssjukvården börjar vi nu se uppbyggnaden av embryon till medicinska ledningssystem där löpande registrering av data kring verksamhet, bemanning och ekonomi skapar förutsättningar för analys och optimerad verksamhet. Det krävs stora insatser av tid och engagemang av medicinsk och datateknisk kompetens för att tillsammans utarbeta nya datasystem. Och vi behöver hjälpmedel av det här slaget snarast för att förbättra vården inom rimlig tid.

Läkarnas engagemang.

En stor del av läkarkåren är idag omotiverade för förändringsprocessen p.g.a. av höga arbetsmässiga krav, ständigt förändrade grundförutsättningar och en otydlighet om inriktningen av det fortsatta förändringsarbetet. En

tydlig inriktning av sjukvårdens intentioner från ett nationellt perspektiv skulle med aktiva motivationsinsatser snabbt kunna ändra denna negativa trend.

Förändrade prioriteringar av forskningsmedel

Tydliga signaler måste ges (riktade forskningsanslag) till forskningsetablissemanget om att verka för att inriktningen av klinisk forskning i högre grad än i dag styrs mot ändamålsenligheten i vården av den enskilde patienten. Forskning om det medicinska beslutsfattandet bör betraktas som den hörnpelare i kvalitetsutvecklingen som området logiskt borde utgöra.

Epidemiologi är den vetenskap som studerar hur olika faktorer leder till att sjukdomar utvecklas i befolkningen. Denna vetenskaps möjligheter bör i högre grad prioriteras, inte bara akademiskt, utan är lämplig att följa på landstingsnivå i samverkan med universitet och högskolor.

Inom epidemiologin har den praktiska och direkt mot sjukvården inriktade *kliniska epidemiologin* utvecklats Det är den vetenskap som studerar hur förloppet vid redan etablerade sjukdomar kan påverkas av olika faktorer. När epidemiologin frågar om "tid, plats, person", frågar den kliniska epidemiologin i stället om "behandling, sjukhus, kliniska karakteristiska, ekonomi" (39,40). Skillnader är inte slumpmässiga, det finns förklaringar!

Vi tror att en utveckling av de beskrivna områdena är den logiska vägen och något alternativ till det som skisseras ovan har vi svårt att se. Arbetssättet innebär i grunden att ett paradigmskifte i svensk sjukvård krävs. Det måste få sin bärighet i andra värderingar med framförallt dokumenterad patientnytta som bas, i motsats till dagens teknologiska vård med avgränsad organnytta som värdemått.

Referenser

1. Kvalitetssäkring i kirurgi och anestesiologi. Spri–rapport 289, Stockholm 1990.
2. Reizenstein P. Kvalitetssäkring i vården. SNS Förlag, Stockholm 1992.
   En liten bok med många bra erfarenheter och konkreta exempel från sjukhusvardagen, skriven av den som startade arbetet med kvalitetssäkring i svensk sjukvård.
3. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer. Spri, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund, Stockholm 1993. *Detaljerade förslag till konkreta mått på kvalitet från ett tiotal olika medicinska discipliner.*
4. Ternov S. Kvalitetsutveckling i sjukvården – kvalitetsmätning, ISO 9000 och föreskrifter. Studentlitteratur, Lund 1994. *En aktuell genomgång av mer principiella aspekter på kvalitetsarbete. Definitioner och begrepp.*
5. Medicinsk revision. Särtryck av en serie i Läkartidningen 1991–1992. Ett trettiotal artiklar.
   Kan fås från Läkartidningens redaktion, många bra exempel och artiklar av sjukvårdsfolk som genomfört egna projekt.
6. Kvalitetssäkring i hälso-och sjukvård inklusive tandvård. SOSFS 1993:9.
7. Kvalitetsregister i sjukvården. Socialstyrelsen, Stockholm 1995.
8. Troëng T, Janzon L. Outcome assessment in surgery – a survey of attitudes and experience among clinics in Sweden. Surg Res Comm 1990;9:133–138.
9. Troëng T *et al.* (VRISS) Vascular Surgery in southern Sweden – the First Year Experience of a Vascular Registry. Eur J Vasc Surg 1989;3:563–569.
10. Troëng T,Bergqvist D,Janzon L. Incidence and causes of adverse outcomes of operation for chronic ischemia of the leg. Eur J Surgery 1994;160:17–25.
11. Troëng T *et al.* Vascular surgical audit during a five year period.Changing patterns of vascular surgery 1987–1991.Eur J Vasc Surg 1994;8:472–477.
12. Weibull H, Westander F. Värmländsk kirurgi i förändring – rapport från chefföverläkargruppens arbete. Landstinget i Värmland, 1994 (stencil).
13. Weibull H, Andree R, Eklund A,et al Vad kostar vården – en rapport från KPP-projektet, SPRI 1996.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan – hur går det? U.
2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
3. Fritid i förändring.
   Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
8. Batterierna – en laddad fråga. M.
9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
10. Forskning för vår vardag. C.
11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
12. Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. Fi.
13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
14. Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
17. Bättre trafik med väginformatik. K.
18. Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
22. Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
25. Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. Ku.
26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
29. Forskning och Pengar. U.
30. Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
35. Kriminalunderrättelseregister DNA-register. Ju.
36. Högskola i Malmö. U.
37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
38. Nationalstadsparker. M.
39. Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. M.
40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
41. Statens maritima verksamhet. Fö.
42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
44. Översyn av skatteflyktslagen. Reformerat förhandsbesked. Fi.
45. Presumtionsregeln i expropriationslagen. Ju.
46. Enskilda vägar. K.
47. Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
49. Regler för handel med el. N.
50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. A.
52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
53. Kalkning av sjöar och vattendrag.M.
54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
55. På väg mot egenföretagande. A.
55. Vägar in i Sverige. A.
56. Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. UD.
61. Olika länder - olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. UD.
62. EU, konsumenterna och maten - Förväntningar och verklighet. Jo.
63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
64. Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration. S.
65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. Jo.
66. Utvärderat personval. Ju.
67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. Fi.
68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. In.
72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
73. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 1 - En granskning. M.
73. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 1 - An Assessment. M.
74. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 2 - Faktaredogörelser. M.
74. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 2 - Descriptions. M.
75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
76. EU:s regeringskonferens - procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. UD.
77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. Fi.
78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. N.
79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
80. Viktigt meddelande. Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. K.
83. Allmänt pensionssparande. S.
84. Ekobrottsforskning. Ju.
85. Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. Fö.
87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
88. Kameraövervakning. Ju.
89. Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. N.
90. Sammanhållet studiestöd. U.
91. Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer - En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
92. IT i miljöarbetet. M.
93. Ny yrkestrafiklagstiftning. K.
94. Nationell teleadresskatalog. K.
95. Botniabanan. K.
96. Strukturförändring och besparing. En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. Fö.
97. Effektivare försvarsfastigheter! Utvärdering av en reform. Fö.
98. Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. Fö.
99. Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. Fö.
100. Ett nytt system för skattebetalningar. Del A. Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. Fi.
101. Kärnavfall - teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. M.
102. TUFF - Teckenspråksutbildning för föräldrar. U.
103. Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. M.
104. Konsumentskydd på elmarknaden. C.
105. Att främja donationer till universitet och högskolor. U.
106. EU och Sverige - från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. UD.
107. Union utan gränser - konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. UD.
108. Konsumenterna och miljön. C.
109. Från åkerlotter till Paradis - ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. Fi.
110. Inför ett Svenskt kulturnät - IT och framtiden inom kulturområdet. Ku.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

111. Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. C
112. Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. M.
113. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. S.
114. En körkortsreform. K.
115. Barnkonventionen och utlänningslagen. S.
116. Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. Fi.
117. Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. Fi.
118. Station Stockholm Nord. K.
119. Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. Fi.
120. Högskolan i Malmö – Slutbetänkande. U.
121. Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. K.
122. Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. U.
123. Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. Fö.
124. Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. S. Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. S. Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. S. Environment for Sustainable Health Development – an Action Plan for Sweden. S.
125. Droger i trafiken. Ju.
126. Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. S.
127. Folkbildningens institutioner. U.
128. Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. Ku.
129. Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. In.
130. De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Huldt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
131. Extern värdering av hot och förmåga. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
132. Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
133. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. S.
134. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. S.
135. Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. S.
136. Effekter av EU:s jordbrukspolitik. Jo.
137. Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former för kommunal samverkan. In.
138. Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. S.
139. Skatt på avfall. Fi.
140. KO:s biträde åt enskilda. In.
141. Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. S.
142. Länsstyrelsernas roll i infrastrukturplaneringen. K.
143. Krock eller möte – Om den mångkulturella skolan. U.
144. Ökad konkurrens i handeln med livsmedel. N.
145. Arbetstid längd, förläggning och inflytande + bilagedel. A.
146. Att återerövra vardagen. S.
147. Övergångsbestämmelser till miljöbalken. M.
148. Översyn av förvärvslagen och hyreslagen Borgen och pant. Ju.
149. Elberedskapen. Författningsfrågor. N.
150. En allmän och sammanhållen arbetslöshetsförsäkring. A.
151. Bidrag genom arbete – En antologi. S.
152. Gruvorna och framtiden. N.
153. Hållbar utveckling i Sveriges skärgårdsområden. M.
154. Tre rapporter om studiecirklar. U.
155. Omtankar om vattendrag ett nytt angreppssätt. M.
156. Bostadspolitik 2000 – från produktions- till boendepolitik + Särtryck + Bilaga. In.
157. Översyn av redovisningslagstiftningen. Ju.
158. Sverige och EMU. Fi.
159. Folkbildningen – en utvärdering. U.
160. Boppteckningar och arvsskatt. Ju.
161. Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre. S.
162. På medborgarnas villkor – en demokratisk infrastruktur + bilaga. In.
163. Behov och resurser i vården – en analys. S.

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumtionsregeln i expropriationslagen.[45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]
Droger i trafiken. [125]
Översyn av förvärvslagen och hyreslagen
Borgen och pant. [148]
Översyn av redovisningslagstiftningen. [157]
Bouppteckningar och arvsskatt. [160]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]
Olika länder - olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]
EU:s regeringskonferens - procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]
EU och Sverige - från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. [106]
Union utan gränser - konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. [107]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. [86]
Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. [96]
Effektivare försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. [97]
Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. [98]
Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. [99]
Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. [123]
De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Huldt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [130]
Extern värdering av hot och förmåga. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [131]
Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [132]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Allmänt pensionssparande. [83]
Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]
Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]
En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. [113]
Barnkonventionen och utlänningslagen. [115]
Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. [124]
Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. [124]
Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. [124]
Environment for Sustainable Health Development – an Action Plan for Sweden. [124]
Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. [126]
Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. [133]
Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. [134]
Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. [135]
Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. [138]
Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. [141]
Att återerövra vardagen. [146]
Bidrag genom arbete – En antologi. [151]
Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre. [161]
Behov och resurser i vården – en analys. [163]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]
En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]
Ny yrkestrafiklagstiftning. [93]
Nationell teleadresskatalog. [94]
Botniabanan. [95]
En körkortsreform [114]
Station Stockholm Nord. [118]
Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. [121]
Länsstyrelsernas roll i infrastrukturplaneringen. [142]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. [12]
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]
Några folkbokföringsfrågor. [68]
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]
Översyn av revisionsreglerna. [79]
Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]
Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.
Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. [100]
Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. [109]
Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. [116]
Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. [117]
Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. [119]
Skatt på avfall. [139]
Sverige och EMU. [158]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Värden i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]
TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. [102]
Att främja donationer till universitet och högskolor. [105]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Högskolan i Malmö - Slutbetänkande. [120]
Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. [122]
Folkbildningens institutioner. [127]
Krock eller möte - Om den mångkulturella skolan. [143]
Tre rapporter om studiecirklar. [154]
Folkbildningen - en utvärdering. [159]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten - Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]
Effekter av EU:s jordbrukspolitik. [136]

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring - alternativ och förslag.[51]
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog - om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]
Arbetstid längd,förläggning och inflytande + bilagedel. [145]
En allmän och sammanhållen arbetslöshetsförsäkring. [150]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia - att digitalisera svensk television. [25]
Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. [80]
Inför ett Svenskt kulturnät - IT och framtiden inom kulturområdet. [110]
Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. [128]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]
Kompetens och kapital + bilaga. [69]
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]
Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. [89]

Närings- och handelsdepartementet

Ökad konkurrens i handeln med livsmedel. [144]
Elberedskapen. Författningsfrågor. [149]
Gruvorna och framtiden. [152]

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]
Konsumentskydd på elmarknaden. [104]
Konsumenterna och miljön. [108]
Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. [111]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]
Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. [129]
Kommunalförbund och gemensam nämnd - två former för kommunal samverkan. [137]
KO:s biträde åt enskilda. [140]
Bostadspolitik 2000 - från produktions- till boendepolitik + Särtryck + Bilaga [156]
På medborgarnas villkor - en demokratisk infrastruktur + bilagor. [162]

Miljödepartementet

Batterierna - en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 1 - En granskning. [73]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 - An Assessment. [73]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 2 - Faktaredogörelser. [74]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 - Descriptions. [74]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

IT i miljöarbetet. [92]
Kärnavfall - teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. [101]
Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. [103]
Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. [112]
Övergångsbestämmelser till miljöbalken. [147]
Hållbar utveckling i Sveriges skärgårdsområden. [153]
Omtankar om vattendrag ett nytt angreppssätt. [155]