

Regeringens proposition

1999/2000:149

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

Prop.
1999/2000:149

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 8 juni 2000

Laila Freivalds

Lars Engqvist
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen presenteras åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning.

Genom att stärka primärvården i landstingen och primärvården i kommunerna för de äldre minskar den nuvarande obalansen mellan primärvårdens åtagande och dess resurser. Det övergripande syftet är att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. En central del är att tillse att alla invånare tillförsäkras tillgång till en egen vald läkare i primärvården – en familjeläkare.

Dessutom redovisas åtgärder för att stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till psykiskt funktionshindrade.

Vidare framhålls vikten av att öka mångfalden av vårdgivare inom den öppna vården och omsorgen. Det kan utveckla lednings-, organisations- och arbetsformer och därmed främja kreativitet och stimulerande arbetsmiljöer.

Därutöver aviseras nationella insatser för att stödja den önskade inriktningen av hälso- och sjukvården. Det gäller insatser för att stärka forskning och utveckling, bl.a. genom stöd till regionala FoU-center. Det gäller vidare insatser för att stärka kunskapsutvecklingen inom primärvården. Formerna för ett nationellt institut för familjemedicin skall därvid utredas. Slutligen finns också behov att förstärka stödet till informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning.

För att fullfölja denna inriktning avser regeringen att i budgetpropositionerna för åren 2001–2004 föreslå en förstärkning av resurserna till

landsting och kommuner samt för det nationella stödet med ett resurstillskott på sammanlagt nio miljarder kronor.

I propositionen redovisar regeringen det avtal om utvecklingsinsatser mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet som träffades den 17 maj 2000. I detta utvecklingsavtal har parterna kommit överens om åtgärder och inriktning i linje med denna proposition. Det gäller för åren 2002–2004 under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionerna för dessa år.

Vidare redovisas i propositionen hur handlingsplanen skall följas upp.

1	Förslag till riksdagsbeslut	4
2	Ärendet och dess beredning	5
3	Inledning	6
4	Bedömning av 1990-talets resultat.....	7
5	Framtida förutsättningar för hälso- och sjukvården.....	12
6	Mål för hälso- och sjukvården	21
7	Inriktning och åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvården	24
7.1	Landstingens primärvård.....	26
7.1.1	Läkarresurser.....	31
7.2	Hälso- och sjukvård för äldre – kommunal primärvård	33
7.2.1	Medicinsk kompetens.....	34
7.2.2	Läkarmedverkan.....	36
7.2.3	Samverkan.....	38
7.2.4	Stöd till anhöriga	41
7.3	Psykisk ohälsa	42
7.3.1	Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.....	44
7.3.2	Psykiskt funktionshindrade	46
7.3.3	Psykisk ohälsa hos äldre.....	47
7.4	Ökad mångfald av vårdgivare	47
7.5	Kunskapsbaserad vård.....	48
7.5.1	Forskning och utveckling.....	48
7.5.2	Kunskapsutveckling i primärvården	51
7.5.3	Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning	52
8	Uppföljning och utvärdering av handlingsplanen.....	56
Bilaga 1	Avtal om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004.....	59
Bilaga 2	Rapport från konferensen Utmaningar i framtidens primärvård	71
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 8 juni 2000	91

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 1999/2000:149

Regeringen föreslår att riksdagen godkänner vad regeringen föreslår om inriktning och åtgärder (avsnitt 7)

1. för att utveckla landstingens primärvård,
2. för att förbättra hälso- och sjukvårdsinsatserna i den kommunala primärvården,
3. för att förbättra stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till personer med psykiska funktionshinder,
4. för att öka mångfalden av vårdgivare inom vården och omsorgen.

I denna proposition har ett antal utvärderingar inom hälso- och sjukvårdsområdet under 1990-talet utgjort underlag för regeringens förslag och bedömningar.

Det gäller följande utvärderingar:

Ädelreformen – Slutrapport (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2), Äldreuppdraget – Årsrapport 1997 (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:6), God psykiatrisk vård på lika villkor (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:8), Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet – Slutrapport från Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2), Äldreuppdraget – Årsrapport 1998 (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9) samt Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (Socialstyrelsens följer upp och utvärderar 1999:1).

Därtill har betänkandet Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem (SOU 1998:31) utgjort underlag för regeringens arbete med propositionen. Betänkandet har remissbehandlats. En sammanställning av remissyttrandena har upprättats och finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S98/987/HS).

Dessutom har ett antal rapporter utgjort underlag i arbetet:

Kommer det att finnas en hjälpande hand? – en analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000–2030 (bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000), Mittvägsrapport från Prioriteringsdelegationen, Läkekunst på vetenskaplig grund (SBU-rapport 144), En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser (Socialstyrelsens rapport), Omfattning av administrationen i vården (Socialstyrelsens rapport), Prioriteringar i sjukvården (SoS-rapport 1999:16) samt Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården (SoS-rapport 1999:19). I underlaget ingår också Socialstyrelsens återkommande rapportering om förhållanden i svensk hälso- och sjukvård.

Regeringens slutsatser från dessa utvärderingar och rapporter har beretts med ett stort antal intressenter, bl.a. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, regeringens pensionärskommitté, regeringens handikappdelegation, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Svenska kommunalarbetarförbundet, Svensk förening för allmänmedicin samt Distriktsläkarföreningen. Under beredningsarbetet har företrädare för dessa myndigheter och organisationer beretts tillfälle att lämna synpunkter på de förslag och bedömningar som propositionen innehåller.

Vidare har regeringen i anslutning till arbetet med propositionen – i samarbete med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet – arrangerat en konferens för att få till stånd en dialog med företrädare för olika yrkesgrupper samt ledande politiker och tjänstemän i landsting och kommuner om utmaningar i framtidens primärvård (bilaga 2).

Vid en internationell jämförelse fungerar svensk hälso- och sjukvård väl. Trots 1990-talets svaga samhällsekonomi har vårdens insatser nått allt fler och allt äldre patienter. Vården har också bidragit till unikt låg spädbarnsdödlighet och hög medellivslängd.

Samtidigt finns problem, både med bristande tillgänglighet och kvalitet och med ett hårt tryck på personalen. Enligt den analys som görs i denna handlingsplan har problemen både finansiella och strukturella orsaker. En lösning av problemen förutsätter därför både ökade resurser och en förändrad inriktning för hälso- och sjukvården.

För att bidra till en lösning av dessa problem avser regeringen att fördela ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner samt till nationellt stöd om sammanlagt nio miljarder kronor under åren 2001–2004. Dessutom pekar regeringen i denna handlingsplan ut en angelägen inriktning för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård under 2000-talets inledande decennium. Regeringen har vidare i ett utvecklingsavtal med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kommit överens om insatser i linje med den önskade inriktningen (bilaga 1). Anpassningen till lokala förhållanden är viktig och sker, enligt utvecklingsavtalet, i form av handlingsplaner framtagna i varje landsting. Vidare avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa satsningen med årlig rapportering.

Det innebär att denna nationella handlingsplan och resurstillskottet skall ses tillsammans med utvecklingsavtalet, de lokala handlingsplanerna i landstingen och i kombination med en systematisk uppföljning och utvärdering. Med denna kombination av insatser vill regeringen främja en utveckling av svensk hälso- och sjukvård som gör den väl anpassad för 2000-talet.

De med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet överenskomna utvecklingsinsatserna gäller en förstärkning av primärvården i landstingen, förstärkta hälso- och sjukvårdsinsatser för äldre i den kommunala primärvården samt förstärkta insatser för personer med psykisk ohälsa. Varje invånare skall garanteras tillgång till en egen läkare i primärvården – en familjeläkare. Vidare främjas en utveckling av hälso- och sjukvårdens arbetsformer genom att stimulera mångfalden av vårdgivare.

Mot denna bakgrund är denna handlingsplan i huvudsak inriktad på de insatser som behövs för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Det innebär i sin tur att handlingsplanen inte täcker in alla hälso- och sjukvårdens olika delar eller sjukdomsgrupper. Andra redan pågående utredningar inom hälso- och sjukvårdsområdet fortlöper planenligt med sedvanlig beredning. Hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsoutvecklingen liksom utvecklingen inom läkemedelsområdet är två viktiga områden som är föremål för omfattande utredningsarbete. Arbetet kommer att avslutas under år 2000. Regeringens ambition är att därefter återkomma med förslag gällande dessa områden.

Planens analys av hälso- och sjukvårdens grundläggande strukturproblem bygger – som framgår av avsnitt 2 – på det omfattande material som bl.a. framtagits inom ramen för flera utvärderingar under 1990-talet.

Sammanfattning: Utvecklingen under 1990-talet har präglats av att hälso- och sjukvården nått allt fler och allt äldre patienter. Den medicinska och demografiska utvecklingen har inneburit ökade behov av hälso- och sjukvård. Den svaga samhällsekonomiska utvecklingen har dock inneburit att hälso- och sjukvårdens resurser inte ökat i takt med behoven. Det har lett till växande köer och försämrade kontinuitet för patienterna samt till ett hårt tryck på personalen.

1990-talet har vidare präglats av en förändrad arbetsfördelning där den öppna vården utanför sjukhusen, primärvården i landsting och kommuner, har fått ansvar för patienter med allt tyngre vårdbehov. Denna öppna vård har emellertid inte fått motsvarande kapacitetsförstärkningar, vilket leder till problem med tillgänglighet, kvalitet och samordning inom stora delar av vården. Patientens ställning har stärkts genom utökade valmöjligheter och rätt till större delaktighet i behandlingen. Samtidigt finns det påtagliga brister när det gäller att etablera en långsiktig relation med en egen läkare i primärvården. Därtill är primärvårdens tillgänglighet för dålig och dess kontinuitet för bristfällig.

Behovet av att förbättra stödet till vissa grupper med psykisk ohälsa har blivit allt tydligare.

Trots en svag samhällsekonomisk utveckling under 1990-talet har man inom svensk hälso- och sjukvård förmått förbättra både vårdens tillgänglighet och kvalitet. Enligt Socialstyrelsens samlade bedömning är kvaliteten och innehållet i vården hög i jämförelse med andra OECD-länder.

Den förbättrade tillgängligheten gäller särskilt för äldre patienter som både får vård för allt svårare akuta tillstånd och i allt större utsträckning erhåller planerade vårdinsatser. Därmed har en allt större andel av hälso- och sjukvårdens insatser kommit att riktas mot allt äldre patienter. Så har till exempel vanliga åtgärder för äldre, som kranskärls-, höftleds- och starroperationer, ökat kraftigt under 1990-talet. Det betyder i sin tur att allt fler äldre människor genom insatser från hälso- och sjukvården fått förbättrade möjligheter att se och höra samt att kunna röra sig utan smärta.

Även inom läkemedelsområdet har en kraftig expansion ägt rum, med nya och effektivare läkemedel som lett till betydande hälsovinster. Men till skillnad från situationen inom hälso- och sjukvården i övrigt har det inte funnits några effektiva instrument att styra utvecklingen, varigenom kostnadsutvecklingen för läkemedel avvikit från vården i övrigt, med starkt ökade kostnader under hela 1990-talet. Det har inte heller funnits system för att väga läkemedelsutvecklingen mot andra insatser inom hälso- och sjukvården.

För att på sikt kunna göra sådana avvägningar och därmed låta läkemedelsutvecklingen ingå i hälso- och sjukvårdens vanliga prioriteringsarbete har regering och riksdag under de senaste åren beslutat om stora förändringar inom läkemedelsområdet. Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen övergick den 1 januari 1998 till landstingen. Övergångsvis

lämnas emellertid medel för läkemedelsförmånen via ett särskilt statsbidrag. Inriktningen är att landstingen skall ha ett i princip fullständigt kostnadsansvar för läkemedel, där det nuvarande särskilda statsbidraget inordnats i det generella statsbidraget. Dessutom har regeringen beslutat om en översyn av läkemedelsförmånen genom en utredning vars främsta syfte är att komma till rätta med brister i systemet och att få kontroll över kostnadsutvecklingen. Utredningen skall redovisa sitt uppdrag senast den 30 september 2000.

I utvecklingen ingår vidare att patienter med allt mer omfattande vård- och omvårdnadsbehov får dessa tillgodosedda i hemmet eller i särskilda boendeformer. Det betyder att sjukvårdsbehoven i allt högre grad tillgodoses på ett sätt som är integrerat i eget boende och vardagsliv. Därmed förbättras individens förutsättningar att leva ett mer självständigt och oberoende liv. Denna utveckling ställer dock krav – som inte alltid tillgodoses – på trygg och säker kontakt med läkare och annan sjukvårdspersonal, på hjälpmedel i hemmet, på stöd till anhöriga och på väl fungerande insatser i samverkan mellan landsting och kommuner.

Till den ljusa bilden hör också hälso- och sjukvårdens bidrag till Sveriges låga spädbarnsdödlighet och höga medellivslängd. Från en redan låg nivå har spädbarnsdödligheten fortsatt minska och ligger nu på 3,38 per tusen födda mot 5,35 år 1992. År 1999 var medellivslängden 81,9 år för kvinnor och 77,1 år för män, en ökning sedan 1960 med 6,6 år för kvinnor och 5,5 år för män. Ökningen har inte avstannat under 1990-talet. Mellan 1991 och 1999 ökade medellivslängden med 1,3 år för kvinnor och 2,5 år för män. Ungefär 7 av 10 kvinnor och hälften av alla män får uppleva sin 80-årsdag.

Samtidigt finns stora och bestående sociala skillnader i hälsa. För alla åldersgrupper gäller att ju högre socialgrupp desto bättre hälsa. Sambandet finns oavsett om socialgrupp mäts som social bakgrund, inkomst, utbildning, yrke eller genom en kombination av dessa mått. Det gäller för förtida död, förekomst av sjukdomar, hur man uppfattar sin hälsa både kroppsligt och själsligt, liksom för funktionsförmågan och hur man klarar sina dagliga behov. De sociala skillnaderna i hälsa är större bland män än bland kvinnor och större i storstäder än i mindre samhällen.

Kommittén Valfärdsbokslut har i delbetänkandet *Välfärd vid vägska*l (SOU 2000:3) uppmärksammat att dödligheten för kvinnor i okvalificerade arbetaryrken har varit oförändrad under perioden 1986–1996, medan den däremot minskat bland kvinnor i högre tjänstemannayrken. Det innebär att de sociala skillnaderna i dödlighet bland kvinnor har ökat under denna tidsperiod.

De sociala hälsoskillnaderna har ingen enskild, enkelt urskiljbar, förklaring. Det handlar om flera samverkande faktorer, som materiella levnadsvillkor, livsstil, arbete – arbetslöshet, personligt nätverk etc. Miljöer med svagt utvecklat socialt stöd, outvecklat kontaktnät och begränsade möjligheter att få hjälp av andra, begränsar förutsättningarna att utveckla god hälsa.

Den sämsta hälsan finns där maktlösheten och utanförskapet är som störst. Den bästa hälsan återfinns i motsatta miljöer, där människor är rika på delaktighet och medinflytande, har nära relationer och kan överblicka sina liv.

Utvecklingen under 1990-talet har alltså präglats av att allt fler fått allt bättre vård. Men med en svag samhällsekonomisk utveckling har hälso- och sjukvårdens resurser inte ökat, vilket bidragit till växande köer och försämrade kontinuitet samt till ett hårt tryck på personalen. Det finns alltså skäl att vara nöjd – allt fler får allt bättre vård – och att samtidigt vara missnöjd – alla får inte vård i tillräckligt god tid.

Även hälsoutvecklingen ger anledning att samtidigt vara nöjd – allt färre dör i förtid i sjukdomar och av skador – och att vara missnöjd – de sociala skillnaderna i hälsa kvarstår.

Ofullgången strukturomvandling

Bakom hälso- och sjukvårdens framsteg finns en förändrad arbetsfördelning där rader av sjukdomstillstånd som tidigare krävt långvarig slutenvård numera sköts i öppen vård. Det gäller olika operationer liksom eftervård och rehabilitering. Dessutom sköts i större utsträckning numera i primärvården patienter som behöver långvarig uppföljning och stöd för kroniska sjukdomar som astma, diabetes, psykoser, högt blodtryck, hjärtsvikt och reumatism. Det gäller också alla de, framför allt äldre, som vårdas i hemmet eller i särskilt boende, ofta med flera samverkande sjukdomar, men också yngre långtidssjuka som vårdas hemma.

Denna strukturomvandling är emellertid i vissa avseenden ofullgången. Den förändrade arbetsfördelningen mellan sjukhus och primärvård har inte åtföljts av en tillräckligt förändrad resursfördelning. Primärvården har otillräcklig kapacitet vilket leder till problem med tillgängligheten i stora delar av vården.

Det mest synliga och därmed mest diskuterade tillgänglighetsproblemet är långa väntetider och köer till planerade operationer. Den längsta kön till en enskild behandling finns för operationer vid grå starr (katarakt) där 31 500 patienter väntade på operation år 1998. Den genomsnittliga faktiska väntetiden, från beslut om behandling till operation, var då nära sju månader. Kön har fördubblats sedan år 1992, alltså en påtaglig försämring. Men under samma tidsperiod har antalet operationer ökat från 33 000 till 57 000, en lika påtaglig förbättring. Detta illustrerar väl att den försämrade tillgängligheten inte beror på att hälso- och sjukvården producerar mindre utan att den tvärtom producerar mer än någonsin. Problemen med tillgängligheten i den planerade vården har att göra med en obalans mellan ökade behandlingsmöjligheter och kapacitetsbegränsningar. Vissa av dessa begränsningar har med den planerade vårdens resurser att göra. Andra handlar om begränsningar i andra delar av vården och om brister i samverkan.

Den akuta vårdens tillgänglighetsproblem kan inte på samma sätt kvantifieras i termer av köer och väntetider. Primärvården är inte tillräckligt tillgänglig för dem som insjuknar akut, framför allt på jourtid. Patienterna tvingas därför till sjukhusens akutmottagningar med långa väntetider som följd. För många av dessa patienter skulle både vårdens tillgänglighet och kvalitet kunna förbättras med bättre tillgänglighet i primärvården. Rent medicinskt fungerar dock den akuta vården väl. Den som blir akut sjuk och behöver sjukhusets resurser får vården inom den tid som krävs av medicinska säkerhetsskäl. De långa väntetiderna på

sjukhusens akutmottagningar är i stor utsträckning en fråga om fördelningen av akut sökande mellan sjukhusen och primärvården.

Det finns vidare tillgänglighetsproblem vid sjukhusen med tidvis överbelastade och överbelagda kliniker, främst inom internmedicinen. Av bl.a. Socialstyrelsens rapport *En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser* framgår att dessa problem generellt sett inte beror på för få vårdplatser. Överbelastningen beror i hög grad på att primärvården i landsting och kommuner inte i tillräcklig grad förmår möta patienternas vårdbehov. Dels handlar det om inläggningar som skulle kunna undvikas med en högre medicinsk nivå och bättre läkarmedverkan i hälso- och sjukvården i särskilt boende och i hemsjukvården. Dels handlar det om att patienter som inte längre behöver sjukhusens specialiserade kompetens ändå inte kan skrivas ut, därför att den fortsatta vård som behövs inte finns tillgänglig i särskilt boende eller hemsjukvård.

Det finns slutligen ett mindre uppmärksammat tillgänglighetsproblem för den del av befolkningen som inte själv, eller med hjälp av andra, kan ta sig till en mottagning i primärvården. Det gäller den stora grupp patienter som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvård och som inte har tillräcklig tillgång till medicinska insatser i den omfattning som deras behov betingar.

Som framgått ovan behöver problemen med dålig tillgänglighet inte nödvändigtvis orsakas av otillräcklig kapacitet där de uppstår. Eftersom vården i stor utsträckning ges som en serie insatser från olika vårdgivare fortplantas tillgänglighetsbrister på ett håll till andra delar av vården. Det grundläggande problemet finns i primärvårdens otillräckliga kapacitet i förhållande till sitt under 1990-talet vidgade ansvar för allt mer vårdbehövande patienter.

Patientens ställning

Patientens ställning har stärkts under 1990-talet. Det gäller bl.a. möjligheterna att välja vårdgivare. För tio år sedan fanns överlag fasta upptagningsområden som gjorde att alla "hörde" till en bestämd vårdcentral och till ett visst sjukhus. Nu har man inom alla landsting regler om fritt val av vårdinrättning inom primärvården liksom av sjukhus och i många fall kan man även välja att söka öppen vård i ett annat landsting än det egna.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har skärpts när det gäller vårdgivarens skyldighet att lämna individuellt anpassad information om hälsotillstånd och behandlingsalternativ. Vidare har patienternas inflytande ökat när det gäller val mellan olika behandlingsalternativ och när det gäller tillgång till kompletterande bedömning av en annan läkare.

På det formella planet har således 1990-talet inneburit att patientens ställning stärkts. Samtidigt har hälso- och sjukvårdens specialisering gått allt längre med ökade valmöjligheter och samordningsproblem som följd. Denna utveckling förutsätter att stödet till patienterna utvecklas, något som dock inte skett i tillräckligt hög grad. Detta minskar patienternas möjligheter att utnyttja sin stärkta ställning. Särskilt oroande är att primärvården inte lever upp till sin roll som samordnare och som en lätt till-

gänglig rådgivare för patienten. Därtill är primärvårdens tillgänglighet för dålig och dess kontinuitet för bristfällig.

Inte heller inriktningen mot en egen fast läkarkontakt i primärvården, som finns angiven i hälso- och sjukvårdslagen, fungerar tillräckligt väl i praktiken. I betänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) konstaterar Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) att möjligheten att etablera en fast läkarkontakt i primärvården inte fungerar tillfredsställande och att det finns skäl för primärvården att stärka sin ställning som befolkningens förstahandsval.

Trots att de som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvård har allt större sjukvårdsbehov och det medicinska innehållet i den vården ökat under 1990-talet har rollen för landstingens primärvård för dessa patienter närmast minskat. Även för psykiskt funktionshindrade, som bl.a. till följd av psykiatrireformen i allt större utsträckning vårdas utanför den slutna psykiatrin, spelar landstingens primärvård en allt för undanskymd roll. Psykiskt funktionshindrade saknar i hög grad läkarinsatser, inte bara från primärvården utan också från psykiatrin.

Hälso- och sjukvårdens regelsystem har således allt mer anpassats till patientens rätt att som unik individ vara fullt delaktig i behandlingen. Samtidigt finns påtagliga brister när det gäller möjligheten att etablera en långsiktig relation med en egen läkare i primärvården.

Psykisk ohälsa

Vid sidan om de problem som hänger samman med hälso- och sjukvårdens struktur har ett behov av att förbättra stödet till vissa grupper med psykisk ohälsa identifierats genom bl.a. Barnpsykiatrikommittén (S 1995:06) och genom Socialstyrelsens uppföljning av psykiatrireformen *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform* (1999:1).

Flera studier har påvisat att olika former av psykisk ohälsa ökat under 1990-talet. Främst handlar det om känslor som nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro, ångest, m.m. Det är viktigt att denna ökning får bilda utgångspunkt för tidiga insatser för att förhindra att problemen fördjupas och leder till allvarlig psykisk ohälsa.

I sitt slutbetänkande *Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) identifierar Barnpsykiatrikommittén bl.a. ett ökat behov av att arbeta förebyggande med inriktning på barn och ungdomar.

Psykiatrireformen syftade till att tillförsäkra psykiskt funktionshindrade bättre livsvillkor och ett fullgott socialt liv. Ambitionen var att främja vård i öppna former genom stöd i boendet, dagligt umgänge och annat socialt stöd utanför den slutna vården. Uppföljningen av reformen har dock visat på brister, både när det gäller det sociala stödet och hur somatiska och psykiatriska vårdbehov tillgodoses.

Psykisk ohälsa hos äldre är vidare ett i allt för stor utsträckning dolt vårdbehov. Det gäller i synnerhet olika depressiva tillstånd där de äldres syntombild ofta skiljer sig från yngres varför det behövs särskild kunskap. Varken psykiatrin eller primärvården i landsting och kommuner har tillräckligt väl lyckats anpassa sina arbetsformer till denna patientgrupp.

Sammanfattning: Utvecklingen under 1990-talet visar att hälso- och sjukvårdens förutsättningar i hög grad bestäms av den medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen och därav förbättrade behandlingsmöjligheter. Denna utveckling, tillsammans med demografiska förändringar och ett förändrat sjukdomsmönster, kommer att vara avgörande för hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter även under kommande decennier.

Hälso- och sjukvården bör på ett bättre sätt:

- ta till vara möjligheter till förebyggande insatser,
- göra medvetna och öppet redovisade prioriteringar,
- öka patienternas delaktighet och inflytande och ta till vara patienternas kompetens som en resurs i vården,
- utveckla lednings-, organisations- och arbetsformerna, samt
- kunna möta den ökande etniska och kulturella mångfalden bland patienterna och i större utsträckning beakta integrationsperspektivet i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Allt fler äldre – allt färre i förvärvsverksam ålder

Som tidigare framgått är Sverige ett av de länder i världen som har den högsta medellivslängden. År 1968 var 365 000 personer 75 år eller äldre, vilket utgjorde fem procent av befolkningen. Tjugo år senare var antalet 700 000, ca 8,5 procent av befolkningen och för år 2020 prognostiserar Statistiska Centralbyrån (SCB) antalet till 1 miljon, mer än tio procent av befolkningen.

Antalet äldre har alltså ökat under hela 1990-talet. Ökningen under 2000-talets inledande decennium förväntas dock inte vara starkare än under 1990-talet.

De därpå följande decennierna kommer emellertid att innebära nya utmaningar. Det beror inte enbart på att andelen äldre fortsätter att öka, utan på att andelen i förvärsarbetande åldrar samtidigt bedöms minska. I dag är de i förvärsarbetande åldrar drygt tre gånger fler än de äldre. En bit in på 2020-talet förväntas de vara endast dubbelt så många.

Detta ökar kraven på hälso- och sjukvården att tillhandahålla goda arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter för att därigenom kunna konkurrera om arbetskraften. Det gäller både att kunna värna om och utveckla redan anställd personal och om att kunna göra betydande nyrekryteringar.

Mot bakgrund av en hotande personalbrist inrättade regeringen i juni 1998 en kommission med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven i vård- och omsorgssektorn samt att föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen till sektorn. I kommissionens slutrapport *Den ljusnande framtid är vård* (Ds 1999:44) föreslås bl.a. utökade platser på sjuksköterske- och läkarutbildningen, senast fr.o.m. år 2002. Andra åtgärder som lyfts fram är att bättre ta till vara invandrare i vården, att satsa på ledarskapsfrågor och att få dem som i dag arbetar deltid att öka sin arbetstid.

Vårdbehoven i en befolkning har inte någon given nivå. Förutom tillgången till resurser handlar det i hög grad om den tekniska utvecklingen på området och därmed vid vilka indikationer som man kan sätta in behandling. Det är alltså både antalet äldre och vad som är medicinskt möjligt att göra i hög ålder som påverkar vårdbehoven. Utvecklingen under 1990-talet visar hur ingrepp som tidigare endast varit förbehållna yngre människor efterhand kan utföras med goda resultat i allt högre åldrar. På så sätt bidrar den medicinsk-tekniska utvecklingen till att skapa både nya och utvidgade vårdbehov.

Detta illustreras väl av den redan tidigare beskrivna utvecklingen av gråstarrsoperationer. År 1992 utfördes 33 000 operationer, samtidigt som 16 000 patienter stod i kö. Åtta år senare var antalet operationer 57 000. Ändå hade kön nästan fördubblats, till 31 500. Detta är inte främst en återspeglning av en ökad förekomst av synnedsättningar på grund av allt fler äldre, utan i första hand en följd av vidgade indikationer, dvs. att ingreppet görs vid en lindrigare synnedsättning. Detta har möjliggjorts tack vare förbättrade behandlingsmetoder.

Den akuta vården har genomgått samma snabba utveckling. Äldre patienter som för tio år sedan endast kunde ges symtomlindrande behandling kan numera ges mer aktiv behandling och därmed leva i kanske ytterligare flera år med fullgod funktion.

Konsekvensen av möjligheten att vidga indikationerna är att vårdbehoven ökar exponentiellt eftersom de med lindrigare besvär är fler. Även om benämningarna på denna utveckling ofta har negativa förtecken som ”indikationsglidning”, handlar det i grunden om en omfattande och positiv ambitionshöjning – att kunna sätta in insatser som höjer livskvaliteten och räddar liv i allt högre ålder.

Allt sammantaget har behovet av vård ökat under 1990-talet, särskilt när det gäller insatser i högre åldrar. Inget talar för att denna utveckling kommer att stanna av under 2000-talets inledande decennium – tvärtom. Det troliga är att vårdbehoven kommer att öka ytterligare, bl.a. till följd av fortsatt utveckling av medicin-teknik och läkemedel.

De förbättrade möjligheterna att tillhandahålla vården utanför sjukhusen påverkar också sjukvårdsstrukturen. En rad vårdinsatser som tidigare krävt den slutna vårdens resurser och kompetens kan numera ges i hemmen, t.ex. geriatrisk rehabilitering, njurdialys, andningshjälp, smärtlindring och vård i livets slutskede. Även här kan förväntas en fortsatt snabb utveckling.

Befolkningens krav och förväntningar om insatser utvecklas parallellt med behandlingsmöjligheterna. Med den nya informationsteknikens förbättrade möjligheter att skaffa information finns allt starkare kopplingar mellan vad som någonstans i världen är möjligt att göra och vad man förväntar sig för egen del på hemmaplan.

Hälsoutveckling och sjukvårdsbehov

Utifrån de intervjuundersökningar som SCB gjort regelbundet sedan 1970-talet inom ramen för undersökningar om levnadsförhållanden

(ULF), med frågor om bl.a. långvariga sjukdomar, rörelseförmåga, syn- och hörselnedsättningar, har man konstruerat ett hälsoindex med fyra nivåer; svår ohälsa, måttligt svår ohälsa, lätt ohälsa samt full hälsa. Tendensen i utvecklingen är tydlig med en under hela perioden gradvis sjunkande andel personer med svår ohälsa. Det gäller både kvinnor och män och alla åldersgrupper, alltså även de äldsta. När det däremot gäller andelen med lätt ohälsa är tendensen den motsatta med en ökning i samtliga åldersgrupper. (*Kommer det att finnas en hjälpande hand? – en analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000–2030*, bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000).

Också Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) lyfter fram att hälsan och funktionsförmågan har förbättrats under de senaste trettio åren och konstaterar att den ökade medellivslängden inte innebär att det är sjuka år som läggs till livet. Samtidigt pekar kommittén på tendenser till ökade psykiska och psykosomatiska besvär under 1980- och 1990-talen. Under 1980-talet ökade främst förekomsten av besvär från rörelseorganen som värk i nacke och skuldror, medan utvecklingen under 1990-talet utmärks av en tilltagande psykisk ohälsa.

Genom att antalet äldre ökar kommer framtidens sjukdomsmönster att domineras av de sjukdomar som är vanliga i hög ålder. Allt fler människor kommer att ha nytta av insatser från hälso- och sjukvården under allt längre tidsperioder. Socialstyrelsen har karakteriserat utvecklingen genom en typisk vårdstege som innefattar hjärtkirurgi i 65–70-årsåldern, ledplastik kring 70 år, starroperation mellan 70 och 75 år samt vård för höftfraktur kring 80 år.

Det betyder att behoven av och förväntningarna på insatser från hälso- och sjukvården även i ett positivt hälsomässigt framtidsscenario kommer att växa i omfattning. Ju färre som dör som barn, i ungdomen och i medelåldern, ju fler blir gamla med behandlingsbara vårdbehov. De som räddas till livet vid akut sjukdom eller skada lever vidare, dels med eventuella följsjukdomar, dels med risk för att få andra sjukdomar.

Annars ligger det nära till hands att tänka sig att förbättrad hälsa minskar behovet av hälso- och sjukvård. Den hittillsvarande utvecklingen med decennier av minskad ohälsa visar dock inga sådana tecken. Det beror bl.a. på att det är genom insatser från vården som ohälsan minskat. När allt fler får sin starr opererad, hörapparat utprovad eller sina höfter åtgärdade rapporterar allt färre om problem med syn, hörsel och rörelsehinder.

Som framgår av bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000 finns det också ett starkt samband mellan de totala resurserna i samhället och vårdbehoven. Resurstillgången styr både vad som betecknas som behov och vilka behov som kan tillfredsställas. Annorlunda uttryckt betyder det att både ambitionsnivån och förväntningarna påverkas av den ekonomiska utvecklingen.

Hälso- och sjukvården och folkhälsoarbetet

Folkhälsans positiva utveckling under 1900-talet illustrerar tydligt att hälsa kan främjas och ohälsa förebyggas. Det gäller inte bara sjukdomar och skador i snäv mening utan även andra förhållanden som direkt och

indirekt har betydelse för möjligheten att leva ett gott liv med bästa möjliga hälsa.

Trots alla framsteg inom hälso- och sjukvården betyder förhållanden utanför vården mer för hur folkhälsan utvecklas, där särskilt den samhällsekonomiska och sociala utvecklingen spelar en avgörande roll. Det betyder att alla delar av välfärdspolitiken har viktiga roller att spela i folkhälsoarbetet.

Att hälsoutvecklingen utgör en integrerad del av samhällsutvecklingen är alla överens om. Lika påfallande är enigheten om möjligheterna att förebygga ohälsa. Utmaningen ligger i att utnyttja dessa kunskaper som grund för att inom alla delar av välfärdspolitiken arbeta i enlighet med en förebyggande och hälsofrämjande strategi.

Likväl är det en vanlig uppfattning att det är hälso- och sjukvården som har huvudansvaret för folkhälsoarbetet. Och visst har hälso- och sjukvården en nyckelroll genom att utifrån sin specifika kompetens redovisa möjligheter och problem, men inte att på egen hand svara för alla åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens viktigaste uppgift i folkhälsoarbetet är att i patient- och anhörigkontakter systematiskt integrera relevanta förebyggande och hälsofrämjande aspekter. Det är i dessa vardagliga möten som hälso- och sjukvården har sin största förebyggande potential. Vården behöver både utveckla sin kompetens att uppmärksamma förebyggande möjligheter vid alla vårdinsatser och sin förmåga att stödja patienter att mobilisera sina egna hälsoresurser.

I patientmöten finns inga skarpa gränser mellan behandlande och förebyggande insatser. Bortsett från direkt akuta insatser handlar det om att förhindra återinsjuknande och komplikationer, t.ex. för patienter med hjärt-kärlsjukdom, ryggskott, astma och diabetes. I vad mån patienten kommer att följa de råd som ges beror i hög grad på hur relationen och kommunikationen utvecklas mellan patient och vårdpersonal.

Genom sina breda kontakter med stora delar av befolkningen har vården dessutom möjligheter att nå grupper som är särskilt utsatta för hälsorisker. Det sker bl.a. genom att vården når alla i vissa åldersgrupper individuellt, t.ex. via mödra-, barn- eller skolhälsovård.

En hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvården utgör en viktig del i ansträngningarna att effektivisera vården. Hälsofrämjande och förebyggande insatser utgör därigenom naturliga element i vårdkedjan. Även om det är enklast och tydligast att inse vikten av förebyggande stöd för barn och ungdomar är det lika befogat att ha samma grundinställning oavsett åldersgrupp. Det är inte minst viktigt att ha höga hälsofrämjande och förebyggande ambitioner för äldre som ännu inte drabbats av svåra funktionsnedsättningar. För personer med funktionshinder är det väsentligt att bromsa sjukdomsutvecklingen och förhindra försämrad funktion, liksom att förebygga fler funktionshinder.

Konstaterandet att hälso- och sjukvårdspolitiken inte betyder mest för folkhälsoutvecklingen innebär således på intet sätt en nedtoning av vikten av en hälsoorienterad hälso- och sjukvård.

En parlamentarisk kommitté, Nationella folkhälsokommittén, (S 1995:14) skall med utgångspunkt i det övergripande målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), en god hälsa för alla, lämna förslag till fram-

åtsyftande mål för hälsoutvecklingen. Särskild betoning skall läggas på att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Kommittén har lämnat två betänkanden (SOU 1998:43 och SOU 1999:137). Utredningsarbetet skall vara slutfört under hösten år 2000. Förslag om hälsofrämjande och förebyggande strategier och insatser kommer att aktualiseras i samband med regeringens beredning av kommitténs slutbetänkande.

Prioriteringar

Som redan framkommit har de senaste decennierna präglats av ökade insatser från hälso- och sjukvården till en allt äldre och friskare befolkning. Det kan verka motsägelsefullt men har sin främsta förklaring i att ambitionsnivån höjs i takt med den ekonomiska och medicinska utvecklingen: dels kan gamla behov tillfredsställas i högre grad, dels skapas möjligheter att tillfredsställa nya behov.

Beroende på den ekonomiska, demografiska och medicinska utvecklingen varierar skillnaden mellan vad hälso- och sjukvården kan göra och vad tillgängliga resurser medger över tiden. Som framhölls av Prioriteringsutredningen i betänkandet *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) har man alltid kunnat och kommer alltid att kunna konstatera att hälso- och sjukvården skulle behöva mer resurser för att kunna göra allt som är möjligt och önskvärt. Vilka insatser som faktiskt utförs och för vilka patienter avgörs genom prioriteringar. Kravet på att prioritera mellan olika insatser och patienter är en ständigt närvarande realitet.

Genom riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården finns nationella kriterier för prioriteringar (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Utifrån en etisk plattform med tre grundprinciper; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen urskiljs fyra prioriteringsgrupper:

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Som en följd av riksdagsbeslutet ändrades 2 § och 2a § i hälso- och sjukvårdslagen, så att prioriteringsprinciperna numera framgår av lagstiftningen.

Socialstyrelsen har, inom ramen för ett projekt om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SoS-rapport 1999:16), funnit brister i det nuva-

rande prioriteringsarbetet och konstaterar att hälso- och sjukvården inte tillämpar prioriteringskriterierna på ett tillräckligt systematiskt, öppet och tydligt sätt. Prioriteringar sker förvisso, men dolt och outtalat.

Eftersom det inte finns något sätt att undvika prioriteringar är det desto viktigare att prioriteringarna redovisas öppet. Det är enda sättet att kunna bedöma om gjorda prioriteringar överensstämmer med riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar. Socialstyrelsen har därför påbörjat ett arbete med att utveckla metoder för tillämpning av riksdagsbeslutet om riktlinjer för prioriteringar.

I anslutning till riksdagsbeslutet tillsatte regeringen en parlamentarisk delegation, Prioriteringsdelegationen, med uppgift att informera om och följa upp riksdagens beslut (dir. 1997:20). Delegationen kommer att redovisa resultaten av sitt arbete under år 2000. I den mittvägsrapport som delegationen lämnat till regeringen i mars år 2000 lyfter man särskilt fram betydelsen av att det krävs utvecklade metoder för arbetet med att prioritera, dels inom och mellan olika sjukdomsgrupper, dels mellan patienter.

Prioriteringsdelegationens och Socialstyrelsens respektive arbeten skall bidra till uppfyllandet av det långsiktiga målet att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppet redovisade prioriteringar som följd.

Detta dilemma finns i alla länder och på flera håll har man försökt hantera situationen genom att undanta hela diagnosgrupper eller behandlingar från den offentliga finansieringen. Denna väg har dock endast haft marginell framgång och de internationella erfarenheterna talar för att detta inte är en framkomlig huvudstrategi för länder med generella välfärdssystem likt Sverige. Huvudstrategin är i stället att utveckla styrmedel som säkrar att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt och för rätt patientgrupper.

Framtidens patienter

Värderingarna om vad som är önskvärt patientinflytande förändras över tiden. En del av de värderingar som individen tillägnar sig tidigt i livet är påfallande oförändrade livet igenom. Andra värderingar är en konsekvens av de erfarenheter och kunskaper som varje individ tillägnar sig under livets gång. Det innebär att olika värderingar om vad som är önskvärt patientinflytande existerar parallellt men också att kontinuerliga värderingsförskjutningar äger rum. Därtill kommer de värderingsförskjutningar som hänger samman med att det svenska samhället blir allt mer mångkulturellt. År 1996 hade knappt 20 procent av befolkningen utländsk bakgrund; en andel som under 2000-talet bedöms öka i alla åldersgrupper och mest i gruppen 65 år och äldre.

I takt med att industrisamhället omvandlas till ett tjänste- och informationssamhälle, samhället blir allt mer mångkulturellt, befolkningens utbildningsnivå höjs och tillgången till medicinsk information ökar, kommer framtidens värderingar att skilja sig från dagens.

Det finns anledning att förvänta sig att framtidens patienter, i jämförelse med dagens, i högre grad kommer att vilja ha information om vårdens kvalitet och resultat och om alternativa behandlingar. Vårdgivaren

kommer att i högre grad ses som en bland flera rådgivare vars bedömningar utgör underlag för egna val. Samtidigt ökar viljan och förmågan att ta ansvar för den egna hälsan och för delar av långvarig behandling samt att följa råd om förebyggande åtgärder.

Som framgått av resultatbedömningen har patientens ställning stärkts under 1990-talet. Vårdens skyldighet att informera och erbjuda möjlighet till förnyad medicinsk bedömning (s.k. second opinion) har ökat parallellt med ökade möjligheter att välja såväl behandlingsalternativ som vårdgivare, både inom och utom det egna landstinget. Samtidigt är det uppenbart att det finns åtskilligt mer att göra för att ytterligare stärka patientens ställning.

En bidragande orsak till att inte mer hänt kan vara att patientinflytandet i för stor utsträckning definierats och diskuterats som en fråga först och främst för patienten och att det skymt hur beroende hälso- och sjukvården är av delaktiga patienter.

Den tekniska utvecklingen med bättre diagnostik och skonsammare ingrepp möjliggör att hälso- och sjukvården förs närmare patienten. Sluten vård vid sjukhus ersätts av öppen vård, ofta i hemmet. I de flesta fall innebär det effektivitetsvinster också ur ett medicinskt perspektiv att vården och rehabiliteringen förläggs till hemmiljö.

Denna utveckling förutsätter patienter som i ökad utsträckning själva tar aktiv del i beslut om diagnostik och behandling. En välinformerad patient som förstår innebörden av behandlingen och som är delaktig i uppläggningsen av insatserna har bättre förutsättningar att medverka till ett gott resultat. Den forskning som finns om patientinflytande talar för att patientinflytande i vårdprocessen har en positiv effekt både på den subjektiva upplevelsen av kontakterna med vården och på behandlingsresultaten.

Patienter med kroniska sjukdomar kan själva styra allt större delar av behandlingen. Det gäller t.ex. diabetespatienten som själv via egna blodsockertester styr blodsockerhalten, astmapatienten som via inhalator förebygger eller behandlar astmaanfallen och njurpatienten som sköter sin egen dialys i hemmet. Bl.a. med hjälp av ny teknik finns förutsättningar att låta vården utgå från patienten alldeles oavsett om han eller hon befinner sig på arbete, hemma eller på semester. Hemmet kan ersätta sjukhuset som den viktigaste platsen för många hälso- och sjukvårdsinsatser. I förlängningen kan patienten också bidra till att olika vårdgivarinsatser koordineras och medverka i delar av kvalitetsuppföljningen.

Ytterst ställer framtidens patient en gammal fråga på sin spets – vikten av att genom ett individualiserat bemötande göra alla patienter, oavsett bl.a. etnisk och kulturell bakgrund, så delaktiga i vården som deras önsningar och förutsättningar medger. Eftersom befolkningen i många avseenden blir allt mer heterogen ökar kraven på ett individualiserat bemötande och på att låta graden av delaktighet variera utifrån vars och ens behov. Arbetsformer i den framtida hälso- och sjukvården som gör detta möjligt är därför en viktig förutsättning.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) lyfter, efter en genomgång av omkring 800 vetenskapliga studier av patient-läkarrelationen, fram betydelsen av patientens delaktighet (*Läkekonst på vetenskaplig grund*, SBU-rapport 144). Av rapporten framgår att utan

god kommunikation och delaktighet kommer patientens verkliga problem inte fram vilket leder till återupprepade besök, onödiga remisser, felaktiga behandlingar, bristande följsamhet samt missnöje och uppgivenhet hos patienten.

Av rapporten framgår också att en patientfokuserad hållning inte tar längre tid. Det är en viktig slutsats dels med hänsyn till att det finns en utbredd föreställning att bristande tid är ett avgörande hinder för att utveckla en god dialog med patienten, dels då en allt större del av kontakterna bottnar i diffusa och sammansatta hälsoproblem.

I det korta perspektivet och i det enskilda fallet kan vårdpersonalen uppleva krav på patientinflytande som ett hot. Den egna kunskapen kan utmanas och den egna enhetens arbetssätt kan ifrågasättas. Men betraktad som uttryck för en ökad vilja att vara delaktig i behandlingen och att ta eget ansvar utgör förändringen i första hand en möjlighet för vården.

Framtidens resursstarkare patienter kommer att påverka vårdens organisation och arbetssätt. Men också det omvända gäller, att en förändrad organisation och ett förändrat arbetssätt inom hälso- och sjukvården, där patientens delaktighet underlättas, kommer att ge starkare patienter. I denna ömsesidiga påverkan finns möjligheter till en positiv spiral med allt nöjdare patienter och allt bättre behandlingsresultat.

Som regeringen ser det är en förstärkning av patientens inflytande och delaktighet en nödvändighet inte bara för framtidens patienter utan också för den framtida hälso- och sjukvården.

Samtidigt är det viktigt att inte bara se till behoven hos den resursstarke patienten. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är lyhörd när det gäller vilken information och vilket inflytande patienten önskar. Patienten måste alltid ha möjlighet att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig. Patienter som gör detta val måste mötas med lika stor respekt som patienter som vill medverka aktivt i behandlingen.

Särskild uppmärksamhet behöver ägnas vuxna patienter som av olika anledningar t.ex. demenssjukdom eller annan sjukdom eller skada har nedsatt förmåga att ta del av information och själva fatta beslut.

Olika vårdtjänster riktade direkt till befolkningen erbjuds i ökad grad via Internet. Det finns flera hundra Internetplatser med information och råd om olika vårdtjänster. Utgångspunkten för informationssökningen är ofta ett symptom som ”ont i magen” eller ”hudutslag”. Med hjälp av systematiska frågor kan läsaren ledas till både diagnos och råd om olika vårdtjänster. Det är dock starkt varierande kvalitet på informationen. Socialstyrelsen har därför beslutat att tillsätta en arbetsgrupp för att följa upp utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds via Internet. Arbetsgruppens uppgift är bl.a. att ta fram underlag för en uppfattning om behovet av kvalitetsmärkning av sådana hälso- och sjukvårdstjänster.

Det finns emellertid redan i dag informationssystem på Internet som är producentobundna och kvalitetssäkrade, som t.ex. Patrix och InfoMedica.

Verksamhetsutveckling

Att den svenska hälso- och sjukvården har problem med sin struktur har framgått av resultatbedömningen. Diskussionen om dessa övergripande

strukturproblem får dock inte skymma att vården därutöver har inre styr- och ledningsproblem som påverkar hur personalens resurser tillvaratas och hur olika delar av vården samverkar.

Hälso- och sjukvården har under 1990-talet genomgått flera omfattande reformer, som bl.a. innefattat huvudmannaskapsförändringar. Under samma tid har flera kommuner och landsting genomfört genomgripande förändringar i sin interna organisation och styrning med en uppdelning i beställare och utförare, både i förtroendemanna- och tjänstemannaorganisationen. Dessa förändringar syftar till att stärka befolkningsspektivet och att ge producenterna en mer självständig roll.

Under samma tidsperiod har den medicinska utvecklingen varit snabb och de ekonomiska restriktionerna betydande. Tillsammans har detta inneburit att vårdens personal och dess ledarskap utsatts för stora påfrestningar. På sina håll har detta lett till en utbredd vanmakt och missnöje över vårdens ledning, arbetsorganisation och arbetsmiljö.

Kärnan i att systematiskt utveckla verksamheten så att resultaten kommer patienterna till del, t.ex. genom kortare väntetider ligger i att mobilisera den enskildes och arbetslagets vilja och förmåga. En viktig framgångsfaktor är en arbetsorganisation som förmår öka inflytandet över arbetssituationen hos dem som arbetar närmast patienten.

Undersökningar visar också att avgörande för i vilken utsträckning som människor trivs och utvecklas i arbetet och undviker utbrändhet är i vilken grad man kan påverka sin arbetssituation. Med en hög grad av inflytande för de anställda är det möjligt att åstadkomma både goda arbetsförhållanden och positiv verksamhetsutveckling.

För att hantera framtida förändringskrav krävs ett engagerat ledarskap som uppmuntrar delaktighet bland medarbetarna över organisations- och yrkesgränser.

Det är vidare viktigt att i förändringsarbetet ta till vara de möjligheter som ny teknik ger. Socialstyrelsen redovisar i rapporten *Omfattning av administrationen i vården* vikten av ett sammanhållet IT-stöd som kan stödja och effektivisera vårdens verksamhetsprocesser och samtidigt ligga till grund för uppföljning och utvärdering.

Inom ramen för den s.k. Dagmaröverenskommelsen för år 2000 har 10 miljoner kronor anvisats som stöd för IT-utvecklingen. Syftet är att stärka samspelet mellan olika vårdnivåer och vårdgivare. Med ett utvecklat IT-stöd kan vården arbeta på ett nytt och mer effektivt sätt.

Ett viktigt kommunikationshjälpmedel är telemedicinen. Telemedicin innebär överföring av medicinsk information via telenätet eller via andra elektroniska kommunikationsmedel. Tekniken kan användas för konsultationer, övervakning, diagnostik, utbildning och kvalitetssäkring. Exempelvis kan konferenser och konsultationer genomföras på distans mellan läkare i primärvården och läkare vid sjukhusen, varvid bilder etc. kan överföras och användas som stöd vid konsultationen. Vid ambulanstransport kan EKG föras över till mottagande sjukhus så att läkarna kan få en bild av patientens tillstånd redan före patientens ankomst till sjukhuset. Telemedicin kan även användas för att underlätta provtagning. En patient kan själv ta prov i hemmet och överföra detta via dator och telefon till en vårdcentral eller ett sjukhus. Vidare har telemedicinen ett brett användningsområde i den kommunala primärvården. Det gäller exempel-

vis videokonferenser som form för att ge stöd och handledning till vårdbiträden i glesbygd, t.ex. vid trycksårskonsultation. Överhuvudtaget är potentialen för användning av telemedicin stor vid vård i särskilt boende och i hemsjukvård som är geografiskt spridd.

Telemedicin bedöms således kunna medföra möjligheter att effektivisera hälso- och sjukvården. Den gör det möjligt att förbättra kvaliteten, tillgängligheten och servicen för patienterna, eftersom nyttjande av specialistkunskap kan förenklas för att ge snabbare diagnos och behandling samtidigt som arbetsformer kan effektiviseras. Telemedicin bör således ses som ett viktigt verktyg för verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården.

Regeringen konstaterar i propositionen *Ett informationssamhälle för alla* (prop. 1999/2000:86) att redan pågående insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet bör koordineras med gemensamma nationella utvecklingsinsatser för att åstadkomma en snabbare utveckling inom telemedicinområdet. Som grund för detta arbete finns behov av en analys av nuläget beträffande telemedicinens utveckling, inklusive gjorda utvärderingar. Regeringen gör bedömningen att det är angeläget att förutsättningarna för en nationellt breddad användning av telemedicin klargörs. För att åstadkomma detta redovisas i propositionen att regeringen avser att inrätta en arbetsgrupp med företrädare för bl.a. Socialdepartementet och Näringsdepartementet samt med medverkan från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

6 Mål för hälso- och sjukvården

Regeringens bedömning: Grunderna för dagens hälso- och sjukvårdspolitik bör ligga fast: en solidarisk skattefinansiering, demokratisk styrning och vård efter behov på lika villkor.

Målen för hälso- och sjukvården som de kommer till uttryck i 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är därmed fortfarande giltiga.

För att nå upp till målen krävs utveckling inom flera områden. Det handlar bl.a. om att öka patientinflytandet, stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet samt att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, kontinuitet och samverkan mellan vårdens olika delar.

Skälen för regeringens bedömning: Den svenska hälso- och sjukvårdspolitikerna har i sina huvuddrag vuxit fram i brett politiskt samförstånd och med starkt stöd i befolkningen. Hälso- och sjukvårdens utveckling har också motsvarat högt ställda förväntningar och upprepade studier visar att vården är en samhällssektor som befolkningen känner stor tillit till. Det är därför viktigt att grunderna för dagens hälso- och sjukvårdspolitik ligger fast: att vården finansieras solidariskt, styrs demokratiskt för att kunna ges efter behov och på lika villkor.

Det är inte minst viktigt att även under 2000-talet garantera att de förbättrade behandlingsmöjligheter som ligger i den snabba medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen fördelas efter behov. Någon bättre

garant för detta än en fortsatt solidarisk finansiering av hälso- och sjukvården med skatter finns inte. Andra finansieringsformer har sin svagaste punkt i fördelningen efter behov. Det är därför viktigt att inte låta de tillgänglighetsproblem som redovisats i resultatbedömningen (avsnitt 4) och som har sin grund i en ofullgången strukturomvandling, föranleda framväxten av ett nytt hälso- och sjukvårdssystem.

Hälso- och sjukvården möter människor i sjukdom och kris med därtill hörande rädsla, oro och förlorad integritet. Att vården finns till hands när den behövs, lika för alla, utgör en central del av välfärden. Därför är det enligt regeringen viktigt att hålla fast vid de grundläggande målen som de kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (målparagrafen) stadgas att: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."

Utvecklingsarbete

Att de övergripande målen för hälso- och sjukvården ligger fast betyder inte att allt skall fortsätta som tidigare. För att målen skall kunna uppnås krävs inte bara strukturförändringar utan också ett fortsatt utvecklingsarbete inom flera områden:

- Det gäller patientinflytandet med kravet att skapa utrymme för större delaktighet från patienternas sida. Patienter som medverkar aktivt i behandlingen uppnår bättre resultat. En förstärkning av patienternas inflytande och delaktighet är nödvändigt, inte bara för framtidens patienter – utan också för framtidens vård. Ökad delaktighet förutsätter att vården utvecklar sin förmåga till kommunikation och dialog. I detta sammanhang är det viktigt att uppmärksamma och beakta mångfalds- och integrationsperspektivet liksom könsperspektivet.
- Det gäller det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med kravet att i större utsträckning uppmärksamma förebyggande möjligheter. Det individuellt förebyggande förhållningssättet måste integreras i alla patientkontakter.
- Det gäller vårdens tillgänglighet med kravet att korta väntetiderna i alla led – för att få en första kontakt, för att bli utredd och bedömd, för att få behandling och för rehabilitering. Tidig bedömning, snabba insatser och omedelbar rehabilitering är viktigt av flera skäl; dels för trygghetens skull – alla måste känna att sjukvården finns på plats och fungerar om något skulle hända – dels som en del av den förebyggande inriktningen, med insatser tidigt i processen.
- Det gäller vårdens kontinuitet med kravet att öka förutsättningarna för långvariga relationer med primärvårdens olika personalgrupper. Långvariga kontakter möjliggör en förtroendefull relation. Det är särskilt angeläget mot bakgrund av att en stor del av de symtom som befolkningen söker vård för är relaterade till ålder, psykiska, sociala och

existensiella problem. En fast läkarkontakt i primärvården är särskilt betydelsefull i dessa avseenden.

- Det gäller samverkan mellan vårdens olika delar. Oavsett om vården sker vid sjukhus eller inom primärvården – och oavsett huvudman och driftsform – skall kommunikationen och samarbetet fungera så väl att alla insatser sker på ett samordnat sätt.
- Det gäller prioriteringar med kravet att dessa integreras som en naturlig del i hälso- och sjukvårdens planerings- och budgetprocesser, personal- och verksamhetsplanering och i vårdarbetet.
- Det gäller hur vården baseras på aktuell kunskap och utvärderade metoder. All vård skall bygga på aktuella och utvärderade metoder avseende patientnyttan, patienttillfredsställelse, resultat, kostnader och epidemiologi – omfattande såväl enstaka insatser som hela vårdprocesser.
- Det gäller personalens arbetssituation och medverkan. Det handlar om bemanning, men lika mycket om ledarskap, om utvecklande arbetsuppgifter och om att kunna påverka sin arbetssituation. Det handlar också om möjligheter att kunna arbeta hos en mångfald olika vårdgivare och att kunna bedriva verksamhet i egen regi.

Enligt regeringens uppfattning skall detta utvecklingsarbete leda till att alla medborgare skall uppfatta

- att sjukvården finns till för alla och envar på lika villkor,
- att de får den hjälp de behöver och när de behöver den,
- att de bemöts med respekt och omtanke,
- att de kan påverka och vara delaktiga i vården,
- att alla enskilda insatser liksom vårdprocessen som helhet baseras på aktuell kunskap och utvärderade metoder, samt
- att vården gör sitt yttersta för att stödja förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

Regeringens förslag: Hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning skall utvecklas enligt följande:

- Landstingens primärvård utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet.
- Hälso- och sjukvårdsinsatserna för äldre förbättras genom ökad läkarmedverkan, förbättrad samverkan och i övrigt utvecklad kvalitet av medicinska insatser i den kommunala primärvården.
- Insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa förbättras och stödet till personer med psykiska funktionshinder stärks.
- Mångfalden av vårdgivare inom vården och omsorgen ökar genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

Målsättningen är att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet.

Regeringens bedömning: Den önskvärda inriktningen för hälso- och sjukvården bör kunna nås genom att ett resurstillskott på sammanlagt nio miljarder kronor fördelas till landsting och kommuner samt till uppföljning och nationellt stöd under åren 2001–2004. Inriktningen för medlens användning i landsting och kommuner styrs genom avtal om utvecklingsinsatser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: Hälso- och sjukvården har under 1990-talet genomgått en djupgående strukturomvandling. Detta har skett till följd av den snabba medicinska och medicinsktekniska utvecklingen med allt kortare vårdtider vid sjukhusen. Till detta kommer att Ädelreformen medförde att vårdinsatser för äldre i ökad utsträckning ges utanför den slutna vården i ordinärt eller särskilt boende.

Som framgår av regeringens resultatbedömning finns en obalans i denna strukturomvandling. Primärvårdens successivt vidgade ansvar för allt mer vårdbehövande patienter har inte åtföljts av erforderliga kapacitetsförstärkningar. Denna eftersläpning i primärvårdens kapacitet orsakar tillgänglighets-, kvalitets- och samordningsproblem i hela hälso- och sjukvården. Konsekvenserna är särskilt allvarliga för äldre vars vårdbehov förutsätter samordnade insatser från olika håll, i synnerhet när insatser krävs från både landstingens och kommunernas primärvård.

Den grundläggande förutsättningen för att komma till rätta med problemen är enligt regeringens uppfattning att primärvården stärks. Syftet är att åstadkomma positiva systemeffekter. Det handlar om att ge bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan åstad-

komma goda resultat. Det är de samlade insatserna, effekten av hela vårdkedjan inklusive dess förebyggande delar, som är viktiga för patienterna. Att förbättra den samlade hälso- och sjukvårdens effektivitet ligger också i linje med den grundläggande huvudstrategin för arbetet med prioriteringar – att tillse att resurserna utnyttjas rätt. En förstärkning av primärvården i landsting och kommuner innebär också en prioritering av de patientgrupper som lyfts fram i de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar.

Att en primärvård som har förutsättningar att fungera väl ger positiva effekter för hälso- och sjukvårdens effektivitet har också visats i olika undersökningar sammanställda av Socialstyrelsen (SoS-rapport 1999:19). För sjukdomar som kan skötas av såväl specialist i allmänmedicin som av annan specialistläkare, ger en väl fungerande primärvård inte bara bättre vård till lägre kostnader utan också ett större bidrag till en positiv hälsoutveckling. Som särskilt viktig faktor framhålls invånarnas möjligheter att kunna etablera långsiktiga relationer med en egen läkare i primärvården.

Mot bakgrund av den ökande etniska och kulturella mångfalden i samhället krävs vidare att hälso- och sjukvården beaktar ett integrationsperspektiv.

Med en struktur i balans förbättras möjligheterna att möta 2000-talets nya förutsättningar och att leva upp till målen för hälso- och sjukvården. Därmed ökar förutsättningarna att förbättra vårdens tillgänglighet och kontinuitet och att stärka patienternas inflytande och delaktighet.

För att åstadkomma den önskade förstärkningen av primärvården i landstingen och av kommunernas sjukvård för äldre krävs det enligt regeringen utökade resurser. Mot den bakgrunden avser regeringen att tillföra landsting och kommuner ett resurstillskott. Av regeringens resultatbedömning framgår också att det finns behov av att förbättra stödet till vissa grupper med psykisk ohälsa. Resurstillskottet skall därför även omfatta insatser för barn- och ungdomar med psykiska problem, psykiskt funktionshindrade och äldre med psykisk ohälsa.

Det sammanlagda tillskottet utgör nio miljarder kronor under åren 2001–2004. Resurstillskottet kommer att fördelas med en miljard kronor år 2001, en miljard kronor år 2002, tre miljarder kronor år 2003 samt fyra miljarder kronor år 2004. Regeringen återkommer i budgetpropositionen för respektive år.

För att åstadkomma den önskade inriktningen har regeringen för perioden 2002–2004 träffat utvecklingsavtal med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Avtalet syftar till att med utökade resurser stimulera utvecklingsinsatser inom landstingens primärvård, vården och omsorgen om äldre och psykiatri samt att stimulera tillgänglighet och mångfald av vårdgivare (bilaga 1).

Regeringen föreslår i 2000 års ekonomiska vårproposition (prop. 1999/2000:100) att resurstillskottet till landsting och kommuner inordnas i det generella statsbidraget och för samtliga år fördelas med 70 procent till landstingssektorn och 30 procent till kommunsektorn.

Därutöver krävs nationella insatser som stöd för utvecklingen och för uppföljning av denna handlingsplan. Till de nationella insatser som krävs hör att stimulera forskning och kompetensutveckling i primärvården.

Vidare krävs en utvecklad informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning. För dessa nationella insatser och för uppföljning av handlingsplanen avsätts inom ramen för resurstillskottet sammanlagt 50 miljoner kronor per år under åren 2001–2004.

För nationellt utvecklingsarbete med inriktning att stödja landsting och kommuner att genomföra insatser i enlighet med utvecklingsavtalet tillförs Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, inom ramen för resurstillskottet och enligt utvecklingsavtalet, sju miljoner kronor per år under åren 2002–2004.

Anpassningen till lokala förhållanden är viktig och sker genom att varje landsting i enlighet med utvecklingsavtalet skall ta fram en handlingsplan som preciserar inriktningen i respektive landsting. De lokala planerna är angelägna både som ett led i genomförandet av utvecklingsavtalet och som underlag för lokal och nationell uppföljning.

Det innebär att denna nationella handlingsplan och resurstillskottet skall ses tillsammans med utvecklingsavtalet med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, de lokala handlingsplanerna i landstingen och en systematisk uppföljning. Med denna kombination av insatser vill regeringen främja en utveckling av svensk hälso- och sjukvård som gör den väl anpassad för 2000-talet.

Regeringens bedömning av nödvändiga åtgärder redovisas under rubrikerna: Landstingens primärvård (7.1), Hälso- och sjukvård för äldre – kommunal primärvård (7.2), Psykisk ohälsa (7.3), Mångfald av vårdgivare (7.4) samt Kunskapsbaserad vård (7.5).

7.1 Landstingens primärvård

Regeringens bedömning: För att primärvården skall kunna utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården bör primärvården i varje landsting ha en tydlig funktion och en balans mellan uppdrag och resurser. En likformig detaljerad primärvårdsmodell att tillämpa över hela landet bör inte skapas. Genom avtalet om utvecklingsinsatser bör primärvårdens uppdrag i varje landsting preciseras utifrån regionala förutsättningar.

Alla invånare som så önskar bör få tillgång till och kunna välja en egen läkare, en familjeläkare. Familjeläkaren och distriktssköterskan svarar tillsammans med andra yrkeskategorier i primärvården genom en långsiktig relation för invånarnas grundläggande vård- och rehabiliteringsbehov och fungerar som patientens rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser.

Genom avtalet bör alla invånare få tillgång till information om primärvården – om valmöjligheter, tillgänglighet och funktion.

Avtalet bör ge förutsättningar för invånarna att oavsett tidpunkt på dygnet få tillgång till adekvat kompetens och adekvata insatser, i första hand inom primärvården.

Skälen för regeringens bedömning: Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ändrades år 1995 (prop. 1994/95:195, bet. 1994/95:SoU24,

rskr. 1994/95:383) så att det av lagstiftningen framgår att primärvården skall, som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvården som vårdnivå skall alltså erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde en god vård.

Motivet till förändringen var att begreppet primärvård kommit att beteckna en specifik organisationsform inom den öppna vården. Regeringen ville med förändringen markera att organisationsformen är av underordnad betydelse. Det viktiga och avgörande var enligt regeringen verksamhetens inriktning, innehåll och kvalitet. Efter denna ändring i hälso- och sjukvårdslagen utgör begreppet primärvård en beteckning för en vårdnivå; den nivå som skall kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård som vårdnivå inkluderar därmed även den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver. De förslag som specifikt rör kommunernas del av primärvården behandlas i avsnitt 7.2.

Regeringen anser att denna syn på primärvården alltjämt är giltig. Primärvården utgör en vårdnivå och inte en bestämd organisatorisk form.

Det har under de senaste decennierna funnits en bred politisk enighet om att primärvården skall utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska hälso- och sjukvården. Trots detta och trots de insatser som gjorts för att stödja en sådan utveckling kan regeringen konstatera att primärvården allmänt sett inte fyller denna funktion tillräckligt väl. Allt för lite har hänt när det gäller arbetsfördelning och samverkan med andra delar av sjukvårdssystemet. Primärvården har i dagsläget vare sig den kapacitet eller inriktning som är nödvändig för att i praktiken fylla funktionen som hälso- och sjukvårdens bas.

Motiven för att primärvården skall utgöra hälso- och sjukvårdens bas har inte minskat sedan detta tydliggjordes i lagstiftningen år 1995. Det är snarare så att den fortsatta överflyttningen av vårduppgifter till primärvården under de senaste åren ytterligare har förstärkt behovet av en väl fungerande primärvård som bas i hälso- och sjukvården.

För att kunna fylla denna funktion krävs ökad mottagnings-, hembesöks- och utredningskapacitet i primärvården. Lika nödvändigt är fungerande samverkansformer både med öppen och sluten specialistsjukvård och med den kommunala primärvården. Hälso- och sjukvårdens olika delar måste utgöra samverkande organisationsdelar med det gemensamma ansvaret att tillsammans skapa bästa möjliga totala insats för varje patient. Det är viktigt att utnyttja modern teknologi som stöd, dels för att förbättra diagnos- och behandlingsmöjligheterna inom primärvården, dels för att via telemedia konsultera andra specialister. En fungerande samverkan förutsätter att informationsutbytet bygger på modern informationsteknologi. Regeringen återkommer i avsnitt 7.5.3 med förslag för att stödja utvecklingen av informationsförsörjningen i vården.

Primärvården har också en nyckelroll i att systematiskt integrera relevanta förebyggande och hälsofrämjande aspekter i alla patient- och anhörigkontakter. Som tidigare framhållits finns inga skarpa gränser mellan förebyggande och behandlande insatser. Bortsett från direkt akuta insat-

ser handlar det om att förhindra återinsjuknande och komplikationer. Detta arbete förutsätter att allmänläkaren har en bred kompetens inte bara rent medicinskt utan också när det gäller att kommunicera med och förstå olika patienter. Det gäller exempelvis barn, patienter med utländsk bakgrund och funktionshindrade.

Det är samtidigt viktigt att framhålla att primärvården innefattar så mycket mer än läkarinsatser. Det krävs en rad andra yrkeskategorier särskilt för vård av olika grupper med kroniska tillstånd som diabetes, högt blodtryck, hjärtsvikt och psykoser. Det gäller också i hemsjukvård, liksom i mödra- och barnhälsovård och i rehabilitering/habilitering. Här kan ingå specialiserad mottagningsverksamhet som diabetes-, astma- och ADL-mottagningar, etc.

Inom primärvården behöver alla yrkeskategorier skapa goda relationer med patienterna, samverka med varandra och över organisationsgränser. Det är således nödvändigt att utveckla ett väl fungerande teamarbete.

Utvecklingen under 1990-talet, med för primärvården successivt tillkommande vårduppgifter i takt med vårdens strukturomvandling men utan motsvarande kapacitetsförstärkningar, har bidragit till att göra primärvårdens uppdrag otydligt. Genomgående redovisas från olika håll i primärvården en frustration över obalansen mellan uppdrag och resurser.

På sina håll har primärvården ett tydligt avgränsat uppdrag. Ett sådant exempel är familjeläkarssystemet i Västmanland där alla familjeläkare oavsett driftsform har likadana grundåtaganden fastställda i avtal. Förändringar i åtagandet har alltid en koppling till resurserna. Denna tydlighet har inte minst visat sig ge läkarna bättre förutsättningar att hantera sin arbetssituation.

Med tanke på de olika förutsättningar som råder på olika håll i landet är det enligt regeringen inte lämpligt att skapa en likformig detaljerad primärvårdsmodell att tillämpa över allt. Primärvårdens organisation måste anpassas till lokala förhållanden och beslutas lokalt.

Det är däremot väsentligt att primärvården i varje landsting har en tydlig funktion och en balans mellan uppdrag och resurser, liksom att det är tydligt vad invånarna kan förvänta sig av primärvården. Mot denna bakgrund har regeringen i det utvecklingsavtal som träffats med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kommit överens om att varje landsting skall svara för att utifrån regionala förutsättningar precisera primärvårdens uppdrag, bl.a. avseende funktion och tillgänglighet. Det framgår likaså av avtalet att landstingen skall svara för att alla invånare får tillgång till information om primärvården – om valmöjligheter, tillgänglighet och funktion.

Tillgängligheten är en nyckelfråga för att primärvården skall kunna utgöra hälso- och sjukvårdens bas. Som framgår av avsnitt 4 har bristerna i primärvårdens tillgänglighet också avgörande betydelse för tillgängligheten i andra delar av hälso- och sjukvården. För att förbättra tillgängligheten skall landstingen, i enlighet med avtalet om utvecklingsinsatser, svara för att det oavsett tidpunkt på dygnet skall vara möjligt för invånarna att få tillgång till adekvat kompetens och adekvata insatser, i första hand inom primärvården.

Även vissa organisatoriska förändringar har bidragit till otydligheten kring primärvårdens roll och inriktning. Hit hör att husläkarreformen genom lagen (1993:588) om husläkare infördes år 1994 för att, som en följd av regeringsskiftet år 1995, upphävas år 1996 (prop. 1994/95:195, bet. 1994/95:SoU24, rskr. 1994/95:383). Regeringen menar att det fanns goda skäl att avskaffa husläkarlagen eftersom den genom sitt nationellt detaljstyrande listnings- och ersättningssystem inverkade menligt på möjligheterna att utforma primärvården efter lokala förutsättningar. Samtidigt är det uppenbart att huvudingrediensen i husläkarreformen, möjligheten att etablera en långsiktig relation med en egen vald läkare i primärvården, är fortsatt lika angelägen. Detta var också motivet till att regeringen i prop. 1994/95:195 föreslog att skyldigheten för landstingen att erbjuda alla en fast läkarkontakt i primärvården skulle behållas.

Det innebär att landstingen, enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen, har skyldighet att 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. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

På denna punkt har basen i svensk hälso- och sjukvård – primärvården – en enhetlig nationell innebörd. Varje invånare skall erbjudas möjligheten att etablera en fast kontakt med en egen vald läkare i primärvården. Landstingen tillämpar i dag olika benämningar på de läkare inom primärvården som har att fullgöra denna funktion; distriktsläkare, husläkare, allmänläkare och familjeläkare. Regeringen har för sin del valt att utgå från och använda det internationellt sett mest förekommande begreppen; familjemedicin respektive familjeläkare.

Det är regeringens uppfattning att denne läkare, i samverkan med andra yrkeskategorier i primärvården, har en skyldighet att svara för patientens basala hälso- och sjukvårdsbehov och att skapa kontinuitet och sammanhang i vårdinsatserna till den enskilde.

Av den tidigare refererade rapporten från Socialstyrelsen (SoS-rapport 1999:19) om primärvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade effektivitet framgår att primärvårdens organisation har avgörande betydelse. Som särskilt betydelsefull framhålls just möjligheten att ha tillgång till en egen läkare i primärvården.

Betydelsen av fasta och personliga relationer mellan läkare och patient lyfts även fram i rapporten från SBU, *Patient-läkarrelationen, Läkekonst på vetenskaplig grund* (SBU-rapport 144). Med en relation mellan patient och läkare som präglas av ömsesidigt förtroende ökar förutsättningarna för goda behandlingsresultat. Dessa resultat tydliggör vikten av att organisera primärvården så att långvariga och personligt förtroendefulla relationer mellan patient och läkare stimuleras.

Ytterligare ett viktigt skäl för sådana långvariga relationer mellan patient och läkare i primärvården finns i den moderna medicinens växande kunskapsmassa och den ökande specialisering som följt därav. Det är en utveckling som ger uppenbara fördelar för de patienter vars vårdbehov förutsätter hög specialisering. Utvecklingen förutsätter emellertid också

tillgång till allmänmedicinska generalister som kan ge patienten vägledning.

Med hälso- och sjukvårdens tilltagande specialisering aktualiseras även behovet av att utveckla informationsstödet till patienterna. Med påtagliga valmöjligheter i vården krävs sakkunnig hjälp, inte minst i valet mellan olika behandlingsformer. Som tidigare framhållits kommer framtidens patienter i allt mindre utsträckning att passivt lämna över till vården att besluta om lämplig behandling. De önskar i ökad grad att deras individuella livsförhållanden och önskemål bildar underlag för sådana överväganden. Ofta krävs därför insikt i hela människans livssituation för att kunna bidra med vägledning. Här har framtidens primärvård en av sina viktigaste roller, att ansvara för kontinuitet och sammanhang i vården av människor med komplexa sjukdomar och med alltmer varierande etnisk och kulturell bakgrund. Primärvården skall också fungera som rådgivare i ett allt mer mångskiftande vårdutbud.

Behovet av rådgivning och helhetssyn förstärks av att många patienter kontakter hälso- och sjukvården för diffusa fysiska, psykiska eller psykosociala besvär som inte kan ges någon traditionell medicinsk diagnos. Här finns en påtaglig utmaning att inte medikalisera symtom som har med sociala och existensiella problem eller med normalt åldrande att göra. En viktig förutsättning för att kunna göra sådana helhetsbedömningar är allmänmedicinsk generalistkompetens och hög kontinuitet i kontakterna.

Genom de senaste årens utveckling har således behovet av en fast läkarkontakt i primärvården ytterligare förstärkts. Enligt regeringens bedömning finns dock inte i dagens primärvård tillräckligt tydliga och praktiska förutsättningar för var och en i befolkningen att etablera en långvarig relation med en egen vald läkare – en familjeläkare.

Regeringen har i avtalet med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om utvecklingsinsatser kommit överens om att landstingen skall svara för att alla invånare som så önskar skall få tillgång till och kunna välja en egen läkare – en familjeläkare. Familjeläkaren och distriktssköterskan skall tillsammans med andra yrkeskategorier i primärvården genom en långsiktig relation svara för invånarnas grundläggande vård- och rehabiliteringsbehov och fungera som patientens rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser.

En förklaring till att den fasta läkarkontakten inte fungerar tillräckligt väl är bristen på allmänläkare i dagens primärvård. Orsaken är bl.a. att landstingens ekonomi sedan början av 1990-talet försämrats och att det i en situation med kostnadsminskningskrav inte varit möjligt att samtidigt resursmässigt förstärka primärvården. Bristen på allmänläkare i primärvården är särskilt allvarlig mot bakgrund av att Socialstyrelsen i slutrapporten från primärvårdsuppföljningen (1998:2) framhåller att för få läkare har varit det största hindret för primärvårdens utveckling. Regeringen återkommer i följande avsnitt med förslag till åtgärder för att öka läkartätheten i primärvården.

Den fasta läkarkontakten i primärvården kan enligt hälso- och sjukvårdslagen endast fullgöras av en läkare som är specialist i allmänmedicin. Landstingen är dock därutöver fria att inrätta läkartjänster vid vårdcentraler och motsvarande även för andra läkare med specialistkom-

petens, t.ex. specialister i geriatrik, psykiatri och pediatrik. Dessa läkare har ofta en konsultroll gentemot primärvården. Samtidigt finns grupper som har sådana behov att de, för kortare eller längre perioder, skulle kunna ha läkare med sådan specialistkompetens som sin fasta läkarkontakt. En sådan grupp utgörs av äldre som erhåller vård i särskilt boende och för vilka en geriatriker skulle kunna fungera som fast läkarkontakt.

Mot denna bakgrund har regeringen övervägt att föreslå en ändring av nuvarande regler i hälso- och sjukvårdslagen så att även andra specialister än specialister i allmänmedicin skulle kunna fullgöra funktionen som fast läkarkontakt i primärvården. Regeringen gör emellertid bedömningen att en sådan lagändring är mindre lämplig. Regeringens önskan med denna handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården är att stärka primärvården med sin allmänmedicinska generalistkompetens. Det är just bristen på allmänmedicinsk kompetens som utgör ett av svensk hälso- och sjukvårds stora problem. Att då låta dagens bristsituation av allmänläkare föranleda en lagändring som poängterar behovet av andra specialister vore olyckligt. Att en del patienter behöver både omfattande och ibland långvariga insatser från andra specialister än en i allmänmedicin är självfallet förenligt med huvudinriktningen att det är specialister i allmänmedicin som fullgör funktionen som fast läkarkontakt i primärvården.

7.1.1 Läkaresurser

Regeringens bedömning: Antalet specialister i allmänmedicin i primärvården bör genomsnittligt öka med 170 per år fram till år 2010.

Skälen för regeringens bedömning: För att ge primärvården praktiska förutsättningar att fylla funktionen som basen i hälso- och sjukvården måste antalet läkare i primärvården öka. Med en ökad läkartäthet skapas praktiska förutsättningar för alla invånare att etablera en fast kontakt med en familjeläkare. Samtidigt ges primärvården förutsättningar att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten.

Förutsättningar finns. Sverige tillhör redan de länder inom EU/EES-området som har den högsta läkartätheten. Enligt nuvarande prognoser från Socialstyrelsen kommer läkartätheten i Sverige att öka fram till år 2005, från dagens 315 invånare per legitimerad läkare under 65 år till ca 300 invånare per läkare. Däremot har den svenska hälso- och sjukvården, trots denna höga läkartäthet, en internationellt sett låg läkartäthet i primärvården. Med ca 4 300 heltidsarbetande specialister i allmänmedicin i primärvården uppgick år 1998 antalet invånare per allmänläkare till i genomsnitt 2 250.

Enligt regeringen kan olika åtgärder vidtas för att underlätta rekryteringen av specialister i allmänmedicin till primärvården. Som lyftes fram i avsnitt 7.1 är ett problem i dag att primärvårdens uppdrag är otydligt. I avtalet om utvecklingsinsatser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ingår därför att landstingen skall precisera primärvårdens uppdrag bl.a. med avseende på funktion och tillgänglighet. Med ett tydligt avgränsat uppdrag ökar förutsättningarna för personalen att

hantera sin arbetssituation vilket förbättrar primärvårdens möjligheter att rekrytera läkare.

Ett annat viktigt inslag är att förbättra möjligheterna att arbeta inom olika driftsformer i primärvården. Regeringen återkommer till denna fråga i följande avsnitt. Vidare handlar det om åtgärder för att utveckla och förbättra arbetsmiljön, möjligheterna till fortbildning samt forskning och utveckling. För dessa åtgärder har landstingen ett ansvar. Regeringen återkommer längre fram i denna proposition med förslag till vissa statliga insatser på området.

Vid sidan av dessa åtgärder har Socialstyrelsen till regeringen redovisat ett antal möjliga insatser för att öka antalet specialister i allmänmedicin i primärvården. Först och främst, och viktigast på sikt, är att utbildningen i ökad grad inriktas på specialiteten allmänmedicin. Om 30 procent av alla specialisttjänstgöringar (ST-anställningar) i framtiden skulle gälla specialiteten allmänmedicin (jämfört med 17,4 procent i dag), skulle antalet specialister i allmänmedicin kunna öka med 100 per år jämfört med i dag.

Vidare bör läkare inom andra specialiteter kunna vidareutbildas till specialister i allmänmedicin. Ett system motsvarande det som fanns inom ramen för husläkarsystemet, där andra specialister efter handledd tjänstgöring i primärvården kunde erhålla specialistbevis i allmänmedicin, bör kunna införas.

Socialstyrelsen pekar vidare på att utlandsrekryteringen från EU/EES-länder kan utvecklas. Endast ett fåtal landsting har aktivt rekryterat läkare från dessa länder. Här finns avtal om erkännande av varandras medicinska utbildningar och tjänstgöringar vilket underlättar. Även utlandsrekrytering från tredje land kan eventuellt utvecklas, vilket några landsting redan tillämpar. Det tar dock längre tid innan dessa läkare kan komma in i den svenska hälso- och sjukvården. Dessutom skulle en ökad andel av de läkare med utbildning i tredje land som redan vistas i Sverige, med aktivare stöd, kunna erhålla svensk legitimation. Särskilda program för sådant stöd finns redan i Stockholm, Göteborg och Malmö. Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt att ge dessa läkare ytterligare stöd. Regeringen har också aviserat i 2000 års ekonomiska vårproposition (prop. 1999/2000:100) att man avser att tillföra 100 miljoner kronor per år under perioden 2002–2003 för att vidta åtgärder som ökar sysselsättningen bland invandrare.

För att öka antalet läkare i primärvården har regeringen i avtalet om utvecklingsinsatser kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att landstingen skall svara för att avsevärt förstärka läkartätheten i primärvården. Vidare ingår i avtalet att landstingen skall förbättra kompetens- och fortbildningsmöjligheterna, liksom forskningsmöjligheterna i primärvården.

Det är regeringens bedömning att det med de samlade insatser som här redovisats är fullt möjligt att öka läkartätheten i primärvården. Målet är att antalet specialister i allmänmedicin skall öka med i genomsnitt 170 per år fram till år 2010.

Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen samt att vid behov vidta åtgärder som underlättar bl.a. vidareutbildning av läkare inom andra specialiteter till specialister i allmänmedicin.

Regeringens bedömning: Ädelreformen bör ligga fast med sin ambition att medverka till att patienter med omfattade medicinska vårdbehov skall kunna få dessa tillgodosedda integrerat i boende och vardagsliv. Kvarstående brister när det gäller det medicinska omhändertagandet i hälso- och sjukvården för äldre – den kommunala primärvården – bör åtgärdas.

Skälen för regeringens bedömning: Som framgår av avsnitt 4 har utvecklingen under 1990-talet inneburit en höjd ambitionsnivå för de äldres hälso- och sjukvård, där allt svårare akuta tillstånd behandlas och där allt fler erhåller planerade insatser med allt bättre resultat.

1990-talet har också inneburit förbättrade möjligheter för äldre människor med långvariga vårdbehov att bli hjälpta i hemmiljö. Med Ädelreformen förstärktes utvecklingen mot att skapa boenden särskilt utformade för äldre människor med samtidiga behov av sociala och medicinska insatser. Därmed bröts 1970- och 1980-talens utveckling under vilken långtidsvård vid sjukhus i praktiken fungerade som illa fungerande vårdmiljöer för äldre människor.

Med Ädelreformen erhöll kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård, exklusive läkarinsatser, för personer i särskilda boendeformer och dagverksamheter. Kommunerna fick också möjlighet att driva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget. Sådana överenskommelser har numera träffats i knappt två tredjedelar av landets kommuner. Ett kommunalt betalningsansvar infördes för personer som är medicinskt färdigbehandlade vid landstingens enheter för somatisk akut-sjukvård och geriatrisk vård.

Vad som är möjligt och önskvärt att göra utanför sjukhusen förändras i takt med den medicinska utvecklingen. Sedan reformen trädde i kraft har vårdens strukturomvandling fortsatt. Patientgenomströmningen vid sjukhusen har ökat, med allt kortare vårdtider samtidigt som antalet vårdtillfällen ökat. Dessutom sker en kontinuerlig utveckling så att insatser som tidigare krävt sluten vård i allt större utsträckning sker i öppen vård.

I denna utveckling finns flera tyngdpunktsförskjutningar: från sluten till öppen vård, från vård vid sjukhus till vård i eget boende, men också från offentlig service till den enskilde själv och till närstående. Det mesta pekar på en fortsatt utveckling i samma riktning. Allt fler behandlingar kommer att kunna göras i öppen vård. Förberedande insatser, liksom eftervård och rehabilitering, kommer i allt större utsträckning att kunna göras utanför sjukhusen. Vården i livets slutskede kommer för allt fler att äga rum utanför sjukhusen i ordinärt eller särskilt boende.

Regeringen anser att ambitionen att i allt högre grad ge äldre och människor med funktionshinder möjligheten att få sina vårdbehov tillgodosedda på ett sätt som är integrerat i eget boende och vardagsliv, i grunden är riktig och bör ligga fast. Resultaten av såväl behandling som rehabilitering blir allmänt sett bättre i hemmiljö. Det är också något som de allra flesta önskar under förutsättning att trygghet och säkerhet kan

garanteras. Även med omfattande och långvariga behov av vård skall det därför vara möjligt att bo kvar hemma, i det ordinarie boendet eller i ett särskilt boende.

Det är emellertid angeläget att komma tillrätta med brister som finns i den kommunala primärvården, för att vården skall fungera på det sätt som var avsikten med Ädelreformen. Det innebär att äldres och funktionshindrades behov av hjälp av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och rehabiliteringspersonal, liksom tillgång till den samlade sjukvårdens resurser, måste säkras. Det handlar också om stöd till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller människor med funktionshinder.

7.2.1 Medicinsk kompetens

Regeringens bedömning: Avtalet om utvecklingsinsatser bör skapa förutsättningar för att höja kvaliteten på såväl medicinska insatser som omvårdnad och rehabilitering i särskilt boende och i hemsjukvården genom att

- en ökad andel av de anställda får adekvat vårdutbildning,
- fler personer med högskoleutbildning anställs,
- fler sjuksköterskor erbjuds möjlighet att fördjupa sin medicinska kompetens.

Skälen för regeringens bedömning: Socialstyrelsens uppföljning av Ädelreformen (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2) visar att den successiva ökning av vårdtyngden som ägt rum under 1990-talet, både i särskilt boende och i hemsjukvården, inte har mötts av ett tillräckligt uppgraderat medicinskt omhändertagande. Bristerna gäller såväl medicinska insatser som omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Socialstyrelsen bedömer tillgången på personal med hälso- och sjukvårds-kompetens som otillräcklig, såväl avseende undersköterskor och sjuksköterskor som sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

En annan konsekvens av utvecklingen är att allt färre äldre avlider på sjukhus. Människor slutar i stället sina dagar i det egna hemmet, i ordnärt eller särskilt boende. Socialstyrelsen har i det sammanhanget uppmärksammat behovet av att öka tryggheten och kvaliteten i det medicinska omhändertagandet i vården i livets slutskede utanför sjukhusen och har tagit initiativ till att utveckla nationella riktlinjer för denna vård.

Även Kommittén om vård i livets slutskede redovisar i delbetänkandet *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut* (SOU 2000:6) brister i vården i livets slutskede. Kommittén anser att alla patienter i livets slutskede skall tillförsäkras en lindrande (palliativ) vård på lika villkor i hela landet. Den palliativa vården skall vila på en etisk plattform och utgå från patientens behov av en aktiv helhetsvård genom tvärprofessionellt sammansatta vårdlag. För att den palliativa vården skall kunna utvecklas och genomföras i hela landet krävs enligt kommittén en utveckling av den palliativa vårdens innehåll, en samverkan mellan olika vårdgivare mot gemensamma mål och en medveten kompetensutveckling och utbildningsinsatser för personalen samt forskning.

Regeringen ser med stort allvar på brister som rör det medicinska omhändertagandet i den kommunala vården, eftersom inriktningen mot att vårda människor i ordinärt eller särskilt boende förutsätter att den medicinska vården och omvårdnaden inte försämras. Enligt regeringen måste hälso- och sjukvårdsinsatserna, både i särskilt boende och i hemsjukvården, väsentligen förstärkas med ytterligare resurser och kompetens.

I dag saknar enligt Svenska Kommunförbundet 30–40 procent av den s.k. baspersonalen i kommunernas vård och omsorg adekvat vårdutbildning. Variationerna över landet är dock stora. Enligt Svenska Kommunförbundet skall baspersonalens grundutbildning vara gymnasiekompetens i omvårdnad eller motsvarande. Regeringen delar denna uppfattning.

Vid sidan av vårdutbildad baspersonal kräver den kommunala vårdens omfattning och innehåll, för att hålla en hög kvalitet, också fler sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Även andra personalgrupper, såsom psykologer, kuratorer, logopedier och dietister, behövs i ökad utsträckning. Dessa yrkesgrupper kan också arbeta konsultativt med handledning, fortbildning och stöd till baspersonalen.

Sjuksköterskor i den kommunala primärvården har ett brett ansvarsområde. De grundläggande uppgifterna är att bedöma, besluta och sätta mål, att dokumentera, planera, utföra/delegera och leda insatser. I sjuksköterskans uppgifter ingår också att handleda, informera och utbilda annan personal samt effektivisera och kvalitetsutveckla verksamheten.

Flertalet som vårdas inom den kommunala primärvården i dag har komplexa vårdbehov. Detta parat med utvecklingen inom medicin och omvårdnad kommer att ställa krav på sjuksköterskor med fördjupade kunskaper inom t.ex. geriatrik och psykiatri samt inom specifika omvårdnadsområden som t.ex. näringstillförsel (nutrition) och smärtlindring.

Ytterligare en viktig faktor för hög kvalitet är att det bland personalen, inom alla funktioner och på alla nivåer, finns personer med olika etnisk, kulturell och språklig bakgrund. Även en jämn könsfördelning bland personalen bör eftersträvas.

Det krävs således åtgärder av olika slag för att höja kompetensen i den kommunala primärvården.

Mot denna bakgrund har regeringen, Landstingsförbundet samt Svenska Kommunförbundet i avtalet om utvecklingsinsatser enats om att resurstillskottet skall användas för detta ändamål och att kommunerna skall svara för att förstärka den medicinska kvaliteten i särskilt boende och i hemsjukvård genom t.ex. att

- en ökad andel av de anställda får adekvat vårdutbildning, dvs. lägst gymnasiekompetens inriktad på vård och omsorg eller motsvarande,
- fler personer med högskoleutbildnings anställs, t.ex. sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer,
- fler sjuksköterskor erbjuds möjlighet att fördjupa sin medicinska kompetens.

Kommittén om vård i livets slutskede har inom ramen för kommitténs arbete sänt ut delbetänkandet *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut* (SOU 2000:6) på remiss. Kommittén önskar genom detta få en diskussion om sina hittillsvarande överväganden och förslag inför det fortsatta arbetet med slutbetänkandet. Kommitténs slutbetänkande skall

överlämnas i slutet av år 2000. Regeringen planerar att i samband med beredningen av detta betänkande återkomma med förslag om vården i livets slutskede.

Prop. 1999/2000:149

7.2.2 Läkarmedverkan

Regeringens bedömning: Avtalet om utvecklingsinsatser bör resultera i att de som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård får en medicinsk bedömning av läkare när de behöver det samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål.

Skälen för regeringens bedömning: En central fråga inom vården och omsorgen av äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer och i hemsjukvården är läkarens roll. Ädelreformen innebar ingen huvudmannaskapsförändring för läkaren utan ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av läkarinsatser åvilar fortfarande landstinget. Den tudelning av det medicinska ansvaret mellan kommuner och landsting, mellan läkare och övrig vårdpersonal, som Ädelreformen innebar har inte varit oproblematisk. Brister avseende tillgång till läkare i särskilda boenden och inom hemsjukvården har uppmärksammats i olika sammanhang, bl.a. i samband med Socialstyrelsens utvärdering av Ädelreformen (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2).

I rapporten lyfter Socialstyrelsen fram denna fråga som en av de nya Ädelfrågorna, dvs. frågor som under tiden efter Ädelreformen kommit att fokuseras i utvärderingsarbetet. Socialstyrelsen pekar bl.a. på att läkarrollen framställdes som mindre betydelsefull i äldreomsorgen efter Ädelreformen; äldre vården skulle avmedikaliseras. Det var inte heller någon självklar uppgift för allmänläkare i primärvården att ta över det ansvar som tidigare har ålegat läkare inom landstingens långtidsvård. Läkarrollen inom primärvården har alltmer kommit att handla om mottagningsverksamhet vid vårdcentralen eller mottagningen.

I takt med att vården och omsorgen om äldre blivit allt mer medicinskt och omvårdnadsmässigt krävande framstår emellertid behoven av ökad tillgänglighet till och medverkan av läkare i kommunens primärvård allt tydligare. Det gäller både i behandlingen av enskilda patienter och beträffande stödet till verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete. Flera initiativ har också tagits på central och lokal nivå för att förbättra läkarmedverkan i den kommunala primärvården.

Trots detta finns det fortfarande avsevärda brister även om olika undersökningar i kommuner och landsting runt om i landet visar på stora variationer när det gäller läkarmedverkan i de särskilda boendeformerna. Socialstyrelsen redovisade år 1997 distriktsläkarinsatser inom äldreomsorgen (Äldreuppdraget 1997:6). Av redovisningen framgår att distriktsläkarbesök i särskilt boende per månad och läkare var 5,4 och akuta besök på jourtid 0,6. Motsvarande siffror för planerade besök i den äldres hem var 2,0 och akuta besök på jourtid var 0,7 besök per läkare och månad.

Under sommaren 1997 genomförde Landstingsförbundet en enkätstudie till landets vårdcentraler om hur man tillgodosåg behovet av läkar-

insatser i äldreomsorgen. Av resultatet framgår att över 80 procent av vårdcentralerna uppgav att de hade möjlighet att göra både planerade och akuta hembesök hos äldre oavsett boendeform. Vanligtvis gjordes av varje vårdcentral 3,4 akuta hembesök respektive 7,1 planerade hembesök per vecka. Drygt 60 procent av vårdcentralerna uppgav att man regelbundet gav indirekt stöd till äldreomsorgen i form av planering av enskildas vård. Läkarledda utbildningsinsatser förekom vid 22 procent av vårdcentralerna. De flesta vårdcentraler – 65 procent – uppgav att de var nöjda med samarbetet med de särskilda boendena. Tyvärr går det inte av denna studie att relatera insatsernas omfattning till en enskild läkare, eftersom uppgifter endast finns tillgängliga på vårdcentralnivå.

Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg har också studerats av Svenska Kommunförbundet. Av en enkät riktad till 85 av landets medicinskt ansvariga sjuksköterskor våren 1998 framgår att drygt 80 procent av sjukhemmen och gruppboendena hade tillgång till en bestämd läkare. Brister framfördes emellertid överlag beträffande läkarnärvaron, som t.ex. tid för uppföljning och konsultation i enskilda ärenden samt svårigheter att få till stånd akuta hembesök på dagtid såväl som jourtid. Som ett sammanfattande omdöme angav ungefär hälften av de tillfrågade medicinskt ansvariga sjuksköterskorna att "läkartillgängligheten i praktiken inte fungerar tillfredsställande".

Socialstyrelsen redovisade i en rapport år 1998 sjukhemmens utveckling före och efter Ädelreformen (Ädeluppdraget 1998:9). Enligt rapporten har läkarnas tid för direktkontakt med de boende halverats under tiden 1994 till 1998 och var 1998 ca fyra minuter per boende och vecka.

Regeringens uppfattning är att det genom olika insatser under senare år skett en successivt ökad medvetenhet om behovet av läkarmedverkan i den kommunala primärvården. På många håll sker också en organiserad medverkan i någon form. Det är samtidigt uppenbart att läkarmedverkan fortfarande inte fungerar tillfredsställande. De ofta svårt sjuka patienterna får alltför sällan träffa läkare och akutbesöken fungerar otillfredsställande. Inte heller är det mer övergripande läkarstödet i de särskilda boendeformerna, dvs. stöd i arbetet med samordning, vårdplanering, verksamhetsutveckling och kompetensutveckling av den kommunala vårdpersonalen, tillräckligt tillgodosett.

Enligt regeringen måste personer i särskilda boenden och inom hemsjukvården tillförsäkras läkarinsatser på motsvarande sätt som den som själv kan uppsöka vården. Detta innebär att läkarinsatser måste vara tillgängliga under hela dygnet, vilket också är en förutsättning för att undvika onödiga och för patienten påfrestande sjukhusinläggningar.

Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har därför i avtalet om utvecklingsinsatser enats om att med stöd av resurstillskottet förbättra läkarmedverkan i den kommunala primärvården. Landstingen skall svara för att de som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård vid behov av läkare får en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål.

Vidare framgår av utvecklingsavtalet att lokala avtal bör träffas mellan landsting och kommun som reglerar läkarinsatsernas omfattning och innehåll, bl.a. med avseende på tillgänglighet samt uppföljning av behandlingsinsatser och läkemedelsanvändning. Även läkarmedverkan i vård-

planering och som stöd till den kommunalt anställda personalen bör regleras i sådana avtal. Att träffa avtal om läkarmedverkan ger bättre förutsättningar för ett förbättrat läkarstöd.

Denna inriktning ligger väl i linje med det projekt som Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet bedrivit kring *Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre* för att stödja det arbete som bedrivs i landsting och kommuner. Bakgrunden till projektet är de s.k. Dagmaröverenskommelserna mellan staten och landstingen för åren 1999 och 2000. I överenskommelserna utlovas en utökad satsning från landstingen för att komma till rätta med bristerna i läkarinsatserna i den kommunala primärvården.

7.2.3 Samverkan

Regeringens bedömning: Genom avtalet om utvecklingsinsatser bör samverkan mellan landsting och kommuner utvecklas så att alla patienter får vård på rätt vårdnivå.

Skälen för regeringens bedömning: Som tidigare framgått var syftet med Ädelreformen att samla och renodla ansvaret för insatser till äldre och funktionshindrade med målet att åstadkomma bättre vård ur ett helhetsperspektiv. Reformen innebar att ansvaret för både omsorg och hälso- och sjukvård upp till läkarnivå, i särskilt boende samt vid reformens genomförande i ca hälften av landets kommuner i hemsjukvården, samlades till kommunerna. Därigenom blev ansvaret tydligare sammanhållet. Om man däremot ser till ansvaret för hälso- och sjukvård så innebar reformen att ett tidigare sammanhållet ansvar delades.

Med det delade ansvaret och med fler och fler allt mer vårdbehövande äldre i särskilda boendeformer och i hemsjukvården följer ett ökat behov av samverkan. Det är snarare regel än undantag att den som erhåller hälso- och sjukvård i kommunal regi, i särskilt boende eller inom hemsjukvården, också har behov av och kontakter med landstingets primärvård och/eller sjukhus. Vårdinsatserna följer ofta efter varandra och det den ena gör eller inte gör utgör den andres förutsättningar. Ett gott sammantaget resultat förutsätter att insatserna från de olika vårdgivare som är involverade i behandlingen och rehabiliteringen samordnas. Annars riskeras redan uppnådda effekter att gå förlorade. Som särskilt känslig situation framstår byte av vårdgivare, i synnerhet tiden närmast efter en sjukhusvistelse. Detta förutsätter stor förmåga till praktisk samverkan.

Med stigande ålder och nedsatt funktionsförmåga tar det ofta längre tid att känna sig hemma i en ny miljö och att anpassa sig till nya rutiner. Byte av vårdgivare skapar därför lätt otrygghet och förvirring och varje sådant byte som inte är medicinskt motiverat utgör en allvarlig kvalitetsbrist. Uppmärksamhet måste också riktas mot att personer med invandrarbakgrund tenderar att med stigande ålder återgå till sitt modersmål. Denna förändring i språkvanor förutsätter god tillgång och kvalitet i tolkservice om behovet inte kan mötas direkt i personalgruppen.

För den äldre människan är det av största vikt att de medicinska insatserna kan garanteras inom ramen för ett särskilt boende eller i hemsjuk-

vården. Inläggning vid sjukhus bör endast ske för vårdbehov som nödvändigtvis kräver akutsjukhusets kompetens och resurser. Vid hemkomsten efter vistelse vid sjukhus måste nödvändiga fortsatta insatser, både medicinska och omvårdnadsmissiga, finnas förberedda. Det förutsätter gemensam planering mellan sjukhus och primärvården inom landsting och kommuner.

Mot denna bakgrund är det enligt regeringen otillfredsställande att centrala och lokala uppföljningar visar brister i samverkan mellan och inom olika vårdnivåer. Även om det på en del håll i landet förekommer lokala samarbetsöverenskommelser som innebär en fungerande samverkan finns det totalt sett behov av att stärka samverkan inom vården.

Det samverkansproblem som oftast uppmärksammas rör samverkan mellan kommuner och landsting. Men det brister också i samverkan mellan landstingens slutna och öppna vård – mellan sjukhusen och primärvården.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Informationsöverföring och samordnad vårdplanering* (SOSFS 1996:32) skall läkaren, innan han eller hon beslutar att en patient är medicinskt färdigbehandlad enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, ta ställning till om den hälso- och sjukvård som landstinget skall svara för är tillräcklig för patientens behov. Samma dag som patienten skrivs ut skall ett utskrivningsmeddelande skickas till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården. Om inte annat har bestämts lokalt är det den ansvarige läkaren i den öppna hälso- och sjukvården som skall meddelas om utskrivningen.

Enligt vad regeringen erfarit förekommer det emellertid att medicinskt färdigbehandlade patienter skrivs ut från sjukhusen utan att den läkare som är ansvarig för fortsatta medicinska insatser i primärvården uppmärksammas på detta. Det är mot denna bakgrund lika viktigt att det finns rutiner för hur information skall överföras och för samordnad vårdplanering mellan sjukhusen och landstingens primärvård som mellan sjukhusen och den kommunala primärvården.

När en patient är medicinskt färdigbehandlad och inte längre behöver sjukhusets resurser, övergår vårdansvaret till den öppna vården i landsting och kommuner. Den medicinskt färdigbehandlade patienten representerar på så sätt den praktiska gräns som finns mellan landstingets och kommunens ansvar.

Begreppet medicinskt färdigbehandlad har dock visat sig vara svårt att tillämpa i praktisk vardag och har därmed kommit att ställa gränsdragningsproblemen mellan kommuner och landsting på sin spets. Av vissa kommunföreträdare upplevs det som otillfredsställande att den praktiska gränsdragningen ensidigt avgörs av landstinget. Man menar att tolkningsutrymmet kring begreppet är påtagligt och att det inte är tillfyllest att tillgången på vårdresurser inom sjukhuset kan påverka bedömningen av när den medicinska behandlingen är slutförd. Från olika håll förordas att bedömningen i större utsträckning borde göras gemensamt av företrädare för båda huvudmännen.

Regeringen noterar mot denna bakgrund med tillfredsställelse att Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har inlett ett gemensamt arbete om *Medicinskt färdigbehandlade patienter*. Arbetet skall

vara avslutat senast den 30 november 2000. En sådan översyn är enligt regeringen angelägen. Den borde ge förutsättningar för kommuner och landsting att förbättra samarbetet kring dessa patienter. Det är emellertid också angeläget att flera andra åtgärder vidtas för att förbättra samverkan inom och mellan olika vårdnivåer och vårdgivare.

Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har mot denna bakgrund i avtalet om utvecklingsinsatser kommit överens om att resurstillskottet skall användas till att förbättra samverkan. Landsting och kommuner skall svara för att alla patienter erhåller vård på rätt vårdnivå genom att samverkan mellan landsting och kommuner utvecklas.

Av avtalet framgår också att landsting och kommuner tillsammans skall utforma vårdprocesserna för gemensamma patientgrupper så att insatser i sluten och öppen vård samordnas. I detta sammanhang bör, enligt avtalet, särskild uppmärksamhet ägnas åt att utveckla vården i livets slutskede.

Gemensam planering förutsätter bra planeringsunderlag. Hit hör möjligheten att kunna följa upp patienternas samlade vårdkonsumtion oavsett vårdgivare. Det handlar om att utveckla informationssystem men också om en ökad användning av de data som redan samlas in. Regeringen återkommer i avsnitt 7.5.3 med förslag till åtgärder för att stödja huvudmännen i detta utvecklingsarbete.

Regeringen tillkallade i maj 1999 en särskild utredare med uppgift att beskriva och analysera de problem som i dag finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka (dir. 1999:42). I detta sammanhang skall beaktas såväl brister i samverkan på politisk och administrativ ledningsnivå som problem med samverkan i verksamheten. Utredaren skall vidare lämna förslag till lösningar som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan kommuner och landsting på dessa områden. Om författningsreglering krävs skall förslag till sådan lämnas.

Ett område där brister enligt direktiven särskilt skall uppmärksammas är de medicinska insatserna inom den kommunala vården och omsorgen. Utredaren bör vidare bl.a. belysa sekretessbestämmelsernas inverkan på möjligheterna för kommuner och landsting att samverka. I uppdraget bör också, enligt direktiven, ingå en analys av möjligheterna för kommuner och landsting att bedriva vård och omsorg åt varandra på entreprenad, liksom att analysera behoven av förbättrade möjligheter för kommuner och landsting att verka i en gemensam nämnd.

Utredningen, som har antagit namnet Samverkansutredningen, skall redovisa uppdraget till regeringen senast den 30 november 2000. Regeringen avser därefter att återkomma till riksdagen med förslag som syftar till att underlätta samverkan mellan huvudmännen.

Regeringens bedömning: Avtalet om utvecklingsinsatser bör ge förutsättningar att stärka stödet till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller människor med funktionshinder.

Den särskilda satsningen för att utveckla stödet till anhöriga bör pågå också under åren 2002–2004.

Skälen för regeringens bedömning: Anhörigas roll och betydelse som vårdgivare till äldre och människor med funktionshinder är numera väl dokumenterad och erkänd. Den vård som utförs av familjen och andra närstående är mycket omfattande och har sannolikt ökat i betydelse under senare år. Det är också motivet till att regeringen, trots att anhörigstödet i formell mening är en del av socialtjänsten, tar upp frågan i denna handlingsplan för hälso- och sjukvården

Behovet av att få stöd och hjälp från samhället har på olika sätt uppmärksamrats. I syfte att synliggöra de anhörigas situation infördes vid årsskiftet 1997/98 en ny bestämmelse i 5 § socialtjänstlagen (1980:620) som avser att markera socialtjänstens ansvar för att genom stöd och avlösning underlätta för närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder.

Regeringen konstaterade i propositionen *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113) att de studier som hittills gjorts av det stöd kommunerna ger för att underlätta för de anhöriga visar att många kommuner erbjuder olika former av hjälp, men att stödet sammantaget är svagt utvecklat och att de anhöriga inte alltid får den hjälp de behöver. Regeringen ansåg mot denna bakgrund att det fanns behov av ytterligare utvecklingsinsatser för att stimulera kommunerna till ökad kreativitet när det gäller former för stöd till anhöriga. Mot denna bakgrund föreslog regeringen i budgetpropositionen för år 1999 ett särskilt stimulansbidrag fr.o.m. år 1999 och tre år framåt med 100 miljoner kronor årligen. Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa och utvärdera insatserna.

Samtliga kommuner har i dagsläget tagit fram en handlingsplan som berättigar till statligt stimulansbidrag. Kommunerna anger i sina planer att de avser satsa på utbyggnad av korttidsplatser, möjligheter till avlösning samt stödgrupper. Många kommuner planerar också uppsökande verksamheter för att finna "dolda" anhöriginsatser. Arbetet med att utveckla handlingsplanerna har skett i nära samarbete med frivilligorganisationer och organisationer för anhöriga.

Det särskilda stimulansbidraget utbetalas under åren 1999–2001. Regeringen bedömer att det finns behov av att även därefter aktivt arbeta för att stödja anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller människor med funktionshinder. Resurstillskottet till hälso- och sjukvården bör därför riktas även mot detta område. Mot denna bakgrund har regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet i avtalet om utvecklingsinsatser enats om att den särskilda satsningen för att stödja anhörigvården skall pågå också under åren 2002–2004. Kommunerna svarar enligt utvecklingsavtalet för att anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller människor med funktionshinder skall erhålla stärkt stöd i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

Stödet under dessa år kommer emellertid inte att ske som hittills genom särskilda stimulansbidrag utan inordnas i de generella statsbidragen till kommuner och landsting på motsvarande sätt som resursförstärkningen i övrigt.

7.3 Psykisk ohälsa

Regeringens bedömning: Psykiatrireformens huvudinriktning, att med hjälp av tidiga insatser reducera framtida funktionsnedsättningar, bör ligga fast. I detta synsätt ligger att insatser i ursprungsmiljön är särskilt betydelsefulla och att behovet av att samverka med andra är stort och bör intensifieras. Stödet bör utvecklas för barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till psykiskt funktionshindrade.

Skälen för regeringens bedömning: Periodvis nedsatt psykiskt välbefinnande är intimt förknippat med livet som sådant och något som alla människor upplever från tid till annan. Det är ofta en reaktion på påfrestningar av olika slag och i allmänhet avtar problemen efterhand. Många klarar att hantera minskat psykiskt välbefinnande på egen hand, andra gör det med stöd i den närmaste omgivningen. Men ibland är nedsättningen så stark eller så varaktig att den enskilde varken på egen hand eller med stöd från närstående kan hantera situationen. Då kan insatser från hälso- och sjukvården krävas, oftast inom primärvården men ibland krävs behandling inom psykiatin. Ofta krävs samverkande insatser från olika håll som barnomsorg, skola och arbetsgivare.

Det psykiatriska sjukdomsbegreppet är otydligt. Eftersom många av de psykiatriska sjukdomstecknen är av subjektiv karaktär och dessutom utgör fullt normala, helt ofrånkomliga och rent av nödvändiga inslag i den mänskliga tillvaron uppstår frågan om vad som är sjukt och friskt.

Nationella folkhälsokommittén redovisar i betänkandet *Hälsa på lika villkor* (SOU 1999:137) att vid en given tidpunkt kan så mycket som 20–50 procent av den vuxna befolkningen lida av psykisk ohälsa. Detta bygger främst på enkäter kring förekomsten av känslor som nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro, ångestkänslor, m.m. Kommittén går emellertid ett steg längre och benämner sådana känslor för självskattad psykisk ohälsa.

Att känna nedstämdhet och trötthet inför reella problem under ett 1990-tal med hög arbetslöshet, oro för arbetslöshet och ekonomiska svårigheter kan dock lika gärna betraktas som normala och helt adekvata känslor och därmed vara ett tecken på psykisk hälsa. Dessa höga redovisade tal över psykisk ohälsa får därför enligt regeringen inte leda till en överskattning av de psykiatriska vårdbehoven. Det är däremot viktigt att de tas som utgångspunkt för analyser av behovet av att arbeta förebyggande, för i någon mening utgör de som vid en viss tidpunkt har sådana känslor en riskgrupp för att utveckla psykisk ohälsa. Det avgörande är att verka för att sådana känslor och upplevelser inte fördjupas och leder till utvecklandet av allvarlig psykisk ohälsa.

Psykiatrins sätt att behandla människor med olika former av psykisk ohälsa har förändrats i grunden under de senaste trettio åren. Fram till 1960-talets slut dominerade slutna vård, ibland livslång, vid stora institutioner. Efterhand kunde man dock konstatera att behandlingen i själva verket både förvärrade ursprungsproblemen och skapade nya. De gamla mentalsjukhusen har därför successivt avvecklats och ersatts av behandling i allt öppnare vårdformer, i en fortgående och ännu ej avslutad process. Denna omvandling av den psykiatriska vården ställer stora krav på ett fungerande stöd utanför psykiatrin, särskilt till psykiskt funktionshindrade.

Som framgår av Psykiatriutredningens slutbetänkande (SOU 1992:73) och av Socialstyrelsens översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården (SoS-rapport 1997:8) bygger omsvängningen både på medvetenheten om den slutna vårdens begränsningar och på en efterhand allt större insikt om möjligheterna att komma till rätta med, lindra och förebygga olika former av psykisk ohälsa. Med rätt insatser tidigt i processen, ofta i personens ursprungliga miljö, behöver den psykiska ohälsan inte bli så djup och så varaktig som man tidigare utgått från. För patienterna har detta avgörande betydelse med förbättrad prognos både för att tillfriskna och för att begränsa graden av framtida psykiska funktionshinder.

Med strategin att i ökad utsträckning se till möjligheterna att ingripa tidigt ökar behovet av att samverka mellan olika delar av samhället. Oftast är det en rad faktorer som tillsammans utlöser och förstärker psykisk ohälsa: gener, biologiskt och psykologiskt trauma och social stress. Här ingår områden som är möjliga att påverka, t.ex. svag anknytning mellan föräldrar och barn, svagt socialt nätverk, missbruk, mobbning, ekonomisk stress, familjekriser, missförhållanden på arbetsplatsen och arbetslöshet. Med ett väl fungerande socialt stöd kan risken minskas för uppkomst och fördjupning av psykisk ohälsa. För barnen är insatser från bl.a. mödra- och barnhälsovården, förskolan/skolan och ungdomsmottagningarna viktiga och för de vuxna bl.a. arbetslivet, frivilligorganisationer och äldreomsorgen. En strategisk uppgift för psykiatrin är att tillsammans med andra identifiera behovet av ett bra socialt stöd för människor med flera olika riskfaktorer.

Som nämdes i avsnitt 7.2.3 så har regeringen tillkallat en särskild utredare med uppgift att beskriva och analysera de problem som i dag finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka (dir. 1999:42). I detta sammanhang kommer behovet av samverkan kring dels barn och ungdomar med psykiska problem, dels psykiskt funktionshindrade att behandlas.

Utredningen skall avsluta sitt arbete senast den 30 november 2000. Regeringen avser därefter att återkomma till riksdagen med förslag som syftar till att underlätta samverkan mellan huvudmännen.

Vissa grupper är mer utsatta än andra. Det gäller barn och ungdomar som drabbas av psykisk ohälsa och för vilka tidiga insatser måste sättas in. Det gäller också psykiskt funktionshindrade som har både somatiska och psykiatriska vårdbehov som inte uppmärksammas tillräckligt. Vidare

har många äldre psykiatriska vårdbehov som inte beaktas i tillräckligt stor utsträckning. Resurstillskottet till hälso- och sjukvården skall användas för att förbättra omhändertagandet av dessa grupper.

Prop. 1999/2000:149

7.3.1 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Regeringens bedömning: Avtalet om utvecklingsinsatser bör resultera i att barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem erbjuds tidigt och adekvat stöd.

Vårdbehoven hos ungdomar i åldersgruppen 16–25 bör tillgodoses bättre genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Vårdinnehållet bör utvecklas för ungdomar med psykiska problem och problem med missbruk.

Skälen för regeringens bedömning: Med Barnpsykiatrikommitténs arbete och dess slutbetänkande *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem* (SOU 1998:31) har barns och ungdomars psykiska ohälsa granskats liksom hur deras vårdbehov tillgodoses.

Kommittén pekar på att en stor andel barn och ungdomar uppvisar olika former av psykisk ohälsa. Kommittén visar vidare att trycket på barn- och ungdomspsykiatri ökat under 1990-talet, dels genom ett ökat antal patienter som söker sig till barn- och ungdomspsykiatri, dels genom att andra instanser som arbetar med barn och ungdomar, såsom barnhälsovård, barnomsorg, skolhälsovård, skola, barnhabilitering och socialtjänst, i ökad utsträckning kräver medverkan från barn- och ungdomspsykiatri.

Samtidigt visar kommittén på behovet av att arbeta förebyggande med inriktning på barn och ungdomar som riskerar att utveckla och fördjupa psykisk ohälsa. Detta är ett arbete som ofta kräver samverkan med andra samhällssektorer, inte minst socialtjänsten, barnomsorgen och skolan. Även Nationella folkhälsokommittén betonar i delbetänkandet *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137) vikten av att psykiatri, i samverkan med andra, arbetar med förebyggande insatser.

Barnpsykiatrikommittén konstaterar vidare att vården fungerar otillfredsställande för ungdomar med allvarlig psykisk ohälsa som anorexi/bulemi, psykos, depression med suicidrisk och svåra tvångs syndrom.

Kommittén lyfter också fram barnets behov av information, råd och stöd vid en traumatisk familjesituation. Det kan enligt kommittén handla om att en förälder vårdas eller söker hjälp för sitt missbruk eller sitt psykiska funktionshinder, när en förälder är svårt sjuk eller skadad eller när en förälder plötsligt dör. Utredningen föreslår att denna rätt till information, råd och stöd skall lagregleras.

Regeringen delar Barnpsykiatrikommitténs bedömning att det är ytterst angeläget att förbättra omhändertagandet av barn och ungdomar med psykisk ohälsa. I detta sammanhang anser regeringen emellertid att den

av kommittén föreslagna lagregleringen av rätten till information, råd och stöd vid en traumatisk familjesituation är mindre lämplig. Arbetet bör i stället fokuseras på utbildning av personal samt beredskap för att ta hand om barn som behöver stöd.

Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har mot denna bakgrund i avtalet om utvecklingsinsatser enats om att landstingen skall erbjuda barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem tidigt och adekvat stöd.

Barnpsykiatrikommittén konstaterar vidare att det för ungdomar som befinner sig i gränlandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri ofta uppstår olyckliga och onödiga kontinuitetsbrott i samband med övergången mellan de båda specialiteterna. Mot denna bakgrund föreslår kommittén att regeringen bemyndigar Socialstyrelsen att utveckla riktlinjer för den psykiatriska vården av ungdomar. Riktlinjerna skall utgå från en utvidgad och flexibel samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri. Vidare föreslår kommittén att vissa stimulansmedel – 10 miljoner kronor – skall avsättas och kunna sökas av verksamheter som bedriver utvecklingsarbete kring flexibla åldersgränser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Regeringen instämmer i att det måste finnas flexibla gränser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Inom flertalet landsting pågår också arbete för att integrera barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Regeringen anser dock att verksamheten bör stödjas inom ramen för resurstillskottet till landstingen i stället för med särskilda stimulansmedel. Mot denna bakgrund har regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet i avtalet om utvecklingsinsatser kommit överens om att landstingen skall svara för att tillgodose vårdbehoven hos ungdomar i åldersgruppen 16–25 genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Barnpsykiatrikommittén konstaterar också att utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem inte får tillräcklig psykiatrisk vård. I synnerhet bör de ungdomar som vårdas i särskilda ungdomshem eller i andra hem för vård eller boende uppmärksammas. De får i dag inte alltid adekvat psykiatrisk hjälp för sina psykiska problem. Mot denna bakgrund föreslår kommittén att barn- och ungdomspsykiatri i varje landsting skall ha en skyldighet att delta i behandlingsråd. I behandlingsrådet skall företrädare från barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst och särskilda ungdomshem eller andra hem för vård eller boende tillsammans medverka. Utredningen föreslår att bestämmelser om behandlingsråd införs i socialtjänstlagen (1980:620).

Enligt regeringens mening löser inte inrättandet av s.k. behandlingsråd problemet, eftersom barn- och ungdomspsykiatri inte har tillräcklig kunskap om effektiva behandlingsmetoder. Regeringen anser att arbetet i stället skall inriktas mot att stimulera metodutveckling. Mot denna bakgrund har regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet i avtalet om utvecklingsinsatser enats om att landstingen skall utveckla vårdinnehållet för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk.

Regeringens bedömning: Genom avtalet om utvecklingsinsatser bör insatserna för psykiskt funktionshindrade stärkas. Deras psykiatriska och somatiska vårdbehov bör tillgodoses genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatrin och socialtjänsten.

Skälen för regeringens bedömning: I Psykiatriutredningens slutbetänkande, *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda* (SOU 1992:73) konstateras att personer med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa har en svag ställning i samhället och klart sämre livsvillkor än befolkningen i övrigt. Långvarig psykisk ohälsa slår hårt mot möjligheterna att skapa goda relationer med andra, vilket både utgör en grundläggande ingrediens i det psykiska välbefinnandet och påverkar möjligheterna att i övrigt skapa goda livsvillkor.

Psykiatrireformen år 1995 syftade till att tillförsäkra psykiskt funktionshindrade bättre livsvillkor och ett fullgott socialt liv i samhället. Genom reformen tydliggjordes kommunernas ansvar för boende, sysselsättning och dagligt umgänge för gruppen psykiskt funktionshindrade.

Reformen har nyligen utvärderats av Socialstyrelsen; *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform* (1999:1). Utvärderingen visar att utvecklingen för vissa grupper psykiskt funktionshindrade gått åt rätt håll med gradvis förbättrade livsvillkor. Samtidigt lyfter styrelsen fram områden där det fortfarande finns stora behov av utveckling för att förbättra psykiskt funktionshindrades livsvillkor. Patienter lämnar den slutna psykiatrin utan att vare sig den psykiatriska eftervården eller socialtjänstens stöd i boende och sysselsättning har planerats på ett tillfredsställande sätt. Inte heller de somatiska vårdbehoven tillgodoses på ett tillfredsställande sätt.

Socialstyrelsen har pekat på betydelsen av att psykiatrin ger primärvården ett kontinuerligt stöd. Syftet är att möjliggöra för landstingens primärvård att tillfredsställa större delar av långvarigt psykiskt funktionshindrades psykiatriska vårdbehov och därigenom medverka till förbättrad tillgänglighet till specialistbedömningar. Ett sådant kontinuerligt stöd krävs också till kommunernas verksamheter, bl.a. med utredningsresurser, handledning och utbildning.

Enligt regeringens bedömning är det angeläget att insatserna för psykiskt funktionshindrade förstärks inte minst med samordnade vårdinsatser från psykiatrin och landstingens primärvård och i samverkan med socialtjänsten. Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har mot denna bakgrund i avtalet om utvecklingsinsatser kommit överens om att landstingen särskilt skall uppmärksamma psykiskt funktionshindrade så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatrin och socialtjänsten.

Regeringens bedömning: Genom avtalet om utvecklingsinsatser bör äldre personer som har behov av psykiatrisk vård identifieras och erbjudas behandling.

Skälen för regeringens bedömning: Psykisk ohälsa hos äldre är ett i allt för stor utsträckning dolt vårdbehov. Det gäller i synnerhet olika depressiva tillstånd, där dessutom väl fungerande behandling finns att tillgå. Äldres psykiska ohälsa är således i allt för stor utsträckning odiagnosticerad och därmed obehandlad. De äldres symtombilder skiljer sig från yngres varför det behövs särskild kunskap för att rätt uppmärksamma deras problem.

Det är av särskilt stor vikt att den äldres, ofta komplexa, sjukdomsbild uppmärksammas så att behandlingsbara tillstånd med positiv prognos kan särskiljas från en demensutveckling. Sådana olika tillstånd kräver skilda förhållningssätt och behandlingsstrategier.

Av utvecklingsavtalet mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet framgår att landstingen skall svara för att äldre med psykiatriska vårdbehov identifieras och erbjuds behandling.

7.4 Ökad mångfald av vårdgivare

Regeringens bedömning: Avtalet om utvecklingsinsatser bör skapa förutsättningar för en ökad mångfald av vårdgivare i den öppna vården och omsorgen, genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

Skälen för regeringens bedömning: Som framgått av tidigare avsnitt har hälso- och sjukvården också inre ledningsproblem. Hälso- och sjukvårdens olika verksamheter bygger på att personalen har hög kompetens och kreativitet. För att ge kreativiteten utrymme och främja innovationer måste hälso- och sjukvården utveckla stimulerande arbetsmiljöer.

Det handlar om att bygga in kontinuerlig verksamhetsutveckling som en naturlig och oundgänglig del av hälso- och sjukvården. Detta är ingen lätt sak i en verksamhet som har så starkt tryck på sig att klara den dagliga verksamheten och där olika vårdgivare är så beroende av varandra. Det krävs arbetsformer som frigör den enskildes och arbetslagets vilja och förmåga, vilket förutsätter ett långsiktigt arbete med alla berörda professioners aktiva medverkan.

Därför måste hälso- och sjukvårdens lednings-, organisations- och arbetsformer utvecklas. I detta arbete kan enligt regeringen olika alternativa driftsformer bidra med erfarenheter och nytänkande. Genom att bejaka privata, ideella och kooperativa vårdgivare kan utvecklingen främjas, bl.a. av tillgänglighet och kvalitet samt arbetsorganisation och former för service och bemötande. I sin tur kan detta, tillsammans med det utvecklingsarbete som huvudmännen själva bedriver, stimulera utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Av utvecklingsavtalet mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet framgår att landstingen och kommunerna skall svara för att stimulera alternativa driftsformer i den öppna vården och omsorgen, genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

I anslutning till behandlingen av dels betänkande från Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård (SOU 1997:179), dels betänkande från Utredningen om sjukvårdsupphandling (SOU 1999:149) under hösten år 2000, kommer regeringen att klargöra förutsättningarna för samverkan mellan offentlig och privat producerad hälso- och sjukvård.

Det är enligt regeringen viktigt att se till att den ökade pluralismen av vårdgivare inte leder till försämrade samverkan mellan olika vårdgivare. För patienterna är effekten av de samlade insatserna lika intressanta som insatsen från en enskild vårdgivare. Det är alltså lika viktigt att skapa förutsättningar för effektiva vårdkedjor som att garantera hög produktivitet hos varje enskild vårdgivare för att de sammanlagda effekterna för patienterna skall bli goda.

7.5 Kunskapsbaserad vård

Som tidigare framgått krävs att hälso- och sjukvården kontinuerligt förmår utveckla verksamheten, bl.a. för att se till att den ständigt baseras på aktuell kunskap. Forskning och utveckling samt kompetensutveckling i primärvården är ett viktigt verktyg i detta arbete, liksom förbättrad informationsförsörjning och utvecklad uppföljning av verksamheten.

7.5.1 Forskning och utveckling

Regeringens bedömning: Avtalet om utvecklingsinsatser bör skapa förutsättningar för att stärka kunskapsutvecklingen inom landstingens primärvård bl.a. genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete.

Forskningen och utvecklingen bör stärkas i den kommunala vården och omsorgen. Sammanlagt 60 miljoner kronor bör under perioden 2002–2004 avsättas för ett fortsatt stöd till uppbyggnaden av regionala FoU-center där landsting och kommuner tillsammans med universitet och högskolor bedriver FoU-verksamhet med syfte att utveckla äldreomsorg och äldresjukvård.

Skälen för regeringens bedömning: Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv verksamhet i snabb utveckling. Forskning ger ständigt ny kunskap om sjukdomars uppkomst och om metoder för vård och behandling.

Hälso- och sjukvården utgör också en professionell kunskapsorganisation och dess inställning till forsknings- och utvecklingsfrågor är överlag positiv. Ändå har sjukvårdshuvudmännens direkta forskningsengagemang varit begränsat. Forskningen inom svensk hälso- och sjukvård har till den helt dominerande delen bedrivits inom ramen för de medicinska

fakulteternas verksamhet. Därigenom har forskningen i första hand kommit att ses som en fråga för den medicinska professionen och utbildningen. Intresset för forskning som ett verktyg för att utveckla hälso- och sjukvården har inte varit lika stort.

De allt kortare vårdtiderna inom den slutna vården gör att en allt större del av patienterna i dag tas om hand och följs upp inom primärvården. Detta har på ett avgörande sätt ändrat förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens forsknings- och utvecklingsverksamhet. Den strukturomvandling som hälso- och sjukvården genomgått, inte minst under 1990-talet, har emellertid fått anmärkningsvärt lite genomslag inom den medicinska och kliniska forskningen. En påfallande liten del av forskningen fokuserar på den öppna vårdens förutsättningar att fungera effektivt. Därför finns brister när det gäller patientorienterad, klinisk och behandlingsinriktad forskning. Likaså saknas forskning kring primärvårdens funktion inom hälso- och sjukvården och om former för styrning och utvärdering av den öppna vården. Inte heller vårdprocesser och samverkan mellan olika vårdgivare och vårdnivåer är särskilt väl belysta.

Mot denna bakgrund är det enligt regeringens mening angeläget att utveckla forskningen inom primärvården.

Det är likaså viktigt att i denna forskning uppmärksamma skillnader i villkor mellan personer med olika etnisk och kulturell bakgrund liksom mellan män och kvinnor. I betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133) konstaterar Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården att mycket av den medicinska forskningen av tradition har bedrivits på manliga yngre eller medelålders populationer. Utredningen lämnar också förslag till åtgärder som syftar till att stödja forskning som genererar könsspecifika kunskaper om vårdbehov, effekter av olika vårdåtgärder och om vårdorganisationens kvalitet och effektivitet.

Regeringen avser att återkomma till frågan om primärvårdsinriktad forskning i den forskningspolitiska propositionen under hösten år 2000.

Regeringen har dessutom som stöd för en sådan utveckling i avtalet om utvecklingsinsatser kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att landstingen skall stärka kunskapsutvecklingen inom primärvården bl.a. genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete. I detta arbete kan det övervägas att bygga upp en infrastruktur bestående av ett antal större enheter inom primärvården där forskning och utveckling är en väsentlig del av verksamheten, på liknande sätt som i Dalby och Tierp tidigare.

Regeringen noterar i sammanhanget med intresse det initiativ som Vårdalstiftelsen tagit när det gäller inrättande av ett centrum för vårdforskning vid något av universiteten. Målet är att utveckla en god förebyggande hälsovård, en optimal och effektiv vård och behandling samt att utforma effektiva vårdnätverk utifrån ett helhetsperspektiv på människan/patienten och dennes familj.

FoU-center inom äldreområdet

I betänkandet *God vård på lika villkor?* (SOU 1999:66) konstateras att forskning och utveckling har en svag ställning i den kommunala vården

och omsorgen. Det finns flera förklaringar till detta, bl.a. har kommunerna av tradition inte bedrivit forskning och utbildningsnivån hos personalen har varit låg. Detta har medfört att intresset för forskning och utvecklingsarbete inom äldreområdet har ökat först på senare år. Regeringen har som framgår av avsnitt 7.2. kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om åtgärder dels för att förbättra läkarmedverkan, dels för att höja den medicinska kompetensen bland de anställda i den kommunala vården och omsorgen.

För att öka kvaliteten i den kommunala primärvården måste förutsättningar skapas för yrkesgrupperna att bedriva kunskapsutveckling i det kliniska patientarbetet. Ett samarbete måste därför utvecklas mellan kommuner, landsting och universiteten/högskolorna. Det växer nu fram regionala forskningscenter på flera håll i landet. För närvarande är det främst landstingen och universitetens medicinska och vårdvetenskapliga fakulteter/institutioner som samverkar.

Regeringen tog i den *Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113) olika initiativ för att stimulera forskning och utveckling inom äldresjukvården och äldreomsorgen. Ett sådant initiativ var en ökning av anslaget för forskning om äldre och åldrande med 60 miljoner kronor under åren 1999–2001. Medlen disponeras av Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) som också har tagit fram ett forskningsprogram. SFR har beslutat att huvuddelen av dessa medel skall användas för att bygga upp två nationella forskningscenter i Stockholm och Linköping för äldre och åldrande.

Ett annat initiativ var stöd till regionala forsknings- och utvecklingscenter inom äldreområdet. Regeringen har fattat beslut om fördelning av 37 miljoner kronor under åren 1999–2001 för uppbyggnad och utveckling av 15 regionala FoU-center, där landsting och kommuner tillsammans med universitet och högskolor bedriver FoU-verksamhet inom äldreområdet. Centrumbildningarna avses stimulera en lokalt förankrad och praktisknära kunskapsutveckling inom både äldreomsorg och äldresjukvård. En styrka med dessa center är att de knyter samman landstingens hälso- och sjukvård med kommunernas vård och omsorg.

Regeringen bedömer det som angeläget att denna satsning förlängs under perioden 2002–2004. Några center kommer fram till år 2001 att vara fast etablerade, men på andra håll behöver verksamheten statligt stöd ytterligare en tid för att få en fast etablering. Vidare behöver FoU-center etableras i regioner där sådana i dag saknas. Det är också angeläget att dessa center inom äldreområdet knyter ihop aktiviteter inom äldresjukvården med de regionala forskningscenter som nämns ovan och där i dag i huvudsak landstingen och universiteten samverkar.

Enligt regeringens bedömning bör sammanlagt 60 miljoner kronor avsättas under perioden 2002–2004 för ett fortsatt stöd till uppbyggnaden av regionala FoU-center med syfte att utveckla äldreomsorg och äldresjukvård. Regeringen avser att återkomma med förslag i budgetpropositionen för respektive år.

Regeringens bedömning: En viktig förutsättning för att primärvården skall kunna utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska hälso- och sjukvården är att kunskapsutvecklingen inom primärvården stärks och att personalen får möjlighet till kompetensutveckling och fortbildning. Det behövs en struktur för att utveckla ett nationellt stöd för detta. De närmare formerna för ett sådant stöd bör utredas. Inriktningen är att ett familjemedicinskt institut skall tillskapas. Under perioden 2001–2004 bör sammanlagt 60 miljoner kronor avsättas för detta ändamål.

Skälen för regeringens bedömning: Regeringen har i denna proposition föreslagit åtgärder som syftar till att göra primärvården till en väl fungerande bas inom hälso- och sjukvården. Med resurstillskott till primärvården i landsting och kommuner avser regeringen att stimulera den önskade utvecklingen. Samtidigt är det uppenbart att det inte räcker med att tillföra primärvården enbart resurser. I lika hög grad fordras åtgärder för att stimulera utveckling av kunskap, verksamhetsformer och arbetsformer inom primärvården.

Primärvårdens funktion är att utgöra befolkningens förstahandsval och att svara för sammanhang och kontinuitet i det samlade vårdutbudet. För att primärvården skall kunna fylla en sådan funktion krävs, förutom ökade resurser, att verksamheterna inom primärvården utvecklas.

Det finns rader av angelägna utvecklingsområden, bl.a. hur rollen som patientens samordnare och rådgivare kan stärkas. Där är informationsutbytet med sjukhusens öppna och slutna vård liksom med den öppna vården i övrigt av central betydelse. Primärvårdens roll för dem, framför allt äldre, som vårdas i särskilt boende och i hemsjukvård liksom dess roll för psykiskt funktionshindrade utgör exempel på andra utvecklingsområden.

Att utveckla verksamheterna ställer samtidigt krav på kompetensutveckling för de olika personalgrupperna inom primärvården. Svensk förening för allmän medicin (SFAM) har skrivit till Socialdepartementet om uppbyggnaden av ett allmänmedicinskt institut (dnr S2000/2988/HS). I skrivelsen föreslår SFAM att ett fristående och oberoende nationellt institut för allmänmedicin inrättas med avsikt att ge stöd till specialistutbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicinen.

Sveriges läkarförbund och Svenska läkaresällskapet har gemensamt skickat in ett diskussionsunderlag och en kort presentation av Läkarnas utbildningsinstitut till Socialdepartementet (dnr S1999/8662/HS). Enligt underlaget skall inte utbildningsinstitutet ta över planering och utbildningar från specialistföreningar och sektioner. Syftet med institutet är att läkarorganisationerna i samarbete med myndigheter och arbetsgivare skall ansvara för att sammanställa information om det totala kursutbudet, innehållsdeklarera utbildningar, verka för god kvalitet samt lyfta fram förbisedda utbildningsbehov. Läkarnas utbildningsinstitut konkurrerar därför inte med det av SFAM presenterade allmänmedicinska institutet.

Att stärka och utveckla primärvården handlar inte bara om läkarnas kompetensutveckling. Det är minst lika angeläget att beakta andra personalkategoriernas behov av kompetensutveckling.

Enligt regeringen behövs en struktur för ett nationellt stöd till kunskapsutvecklingen i primärvården, som omfattar såväl läkare som annan vårdpersonal. Under hösten 2000 kommer regeringen att tillsätta en särskild utredning med uppdrag att i samverkan med sjukvårdshuvudmännen och företrädare för berörda yrkeskategorier utreda de närmare formerna för ett sådant stöd. Inriktningen är att ett familjemedicinskt institut skall tillskapas. För att understödja nödvändig utveckling inom primärvården bör enligt regeringen sammanlagt 60 miljoner kronor avsättas under perioden 2001–2004. Regeringen avser att återkomma med förslag i budgetpropositionen för respektive år.

7.5.3 Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning

Regeringens bedömning: Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården bör stärkas för att medborgarna skall få god information om vården och för att främja en effektiv hälso- och sjukvård. Det handlar om såväl kommunikation mellan vårdgivare som samverkan kring en enskild patient samt en verksamhetsuppföljning som bygger på individuppgifter och som kan beskriva både vårdprocesser och verksamheter samt dess resultat.

Under perioden 2001–2004 bör sammanlagt 52 miljoner kronor avsättas för att Socialstyrelsen, i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, skall förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning.

Skälen för regeringens bedömning: För att öka förutsättningarna att uppnå en god hälso- och sjukvård som ges på lika villkor och där kraven på effektivitet och rättvisa uppfylls krävs väl fungerande verksamhetsuppföljning. I dag finns betydande brister inom detta område. De modeller som finns för att beskriva utvecklingen inom vården är alltför utvecklade samtidigt som informationen om sjukvårdens prestationer, effekter och kostnader är bristfällig. Det gäller i särskilt hög grad primärvården, psykiatrin och sjukhusens öppna vård.

Sedan flera år pågår utvecklingsarbete inom Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, samt inom enskilda landsting och kommuner för att få till stånd bättre informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning. Inom enskilda specialiteter och vissa verksamheter finns uppföljningssystem som ganska väl svarar mot de krav som bör ställas. Fortfarande saknas dock ett heltäckande och sammanhållet gemensamt system för kommuner, landsting och privata vårdgivare.

Inom ramen för "Verksamhetsutveckling 1999", ett projekt som bedrivits gemensamt mellan bl.a. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, har en ändamålsenlig verksamhetsuppföljning beskrivits på följande sätt.

Den

– *bygger på individdata av hög kvalitet*

De data som används i verksamhetsuppföljningen måste självfallet vara av hög kvalitet. Det faktum att det rör sig om mycket stora datamängder som skall hanteras snabbt, säkert och effektivt ställer krav på fungerande IT-lösningar. Siktet bör vara inställt på att utveckla generellt tillämpbara system för uppföljning. Dessa bör göra det möjligt för vårdansvariga att interaktivt registrera och följa den enskilde patientens väg genom vårdprocessen och därmed få bättre möjligheter att koordinera insatserna. Den enskildes integritetsskydd skall respekteras.

– *omfattar alla delar av hälso- och sjukvården*

Inriktningen skall vara att alla verksamheter inom hälso- och sjukvården skall omfattas av informationssystemen, oberoende av vem som utför insatserna – landsting, kommun eller privat vårdgivare.

– *tillgodoser alla intressenters informationsbehov*

Utvecklingsarbetet rörande verksamhetsuppföljning har hittills i huvudsak varit producentorienterat. En ökad medborgarorientering – mot patienter, befolkning, beställare/politiker – är angelägen i det fortsatta arbetet.

– *uppfattas som användbar och värdefull*

En avgörande förutsättning för en fungerande verksamhetsuppföljning är att de mått, mätmetoder och arbetsformer som tillämpas uppfattas som användbara och värdefulla. Verksamhetsbeskrivningar måste vara individbaserade och utgå från de tjänster denne får. Snabb återföring till dem som lämnar uppgifter är väsentlig liksom konkretion och koncentration på det mest väsentliga.

– *omfattar underlag för analys*

Verksamhetsuppföljningen har hittills i huvudsak varit begränsad till deskriptiva redovisningar. Det är angeläget att skapa möjligheter till fördjupad analys av olika aspekter på kvaliteten i vårdprocesserna, även sådana som spänner över flera vårdenheter och/eller olika huvudmän. Vidare bör ökad uppmärksamhet ägnas åt från effektivitetssynpunkt intressanta områden, t.ex. där det finns betydande variationer mellan olika enheter.

Regeringen anser att det är det angeläget att intensifiera arbetet med att utveckla informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen inom vården och att därvid lägga särskild vikt vid primärvården i landstingen, vården och omsorgen om äldre i kommunerna samt den psykiatriska vården. Här fordras ett långsiktigt arbete för att utveckla metodik och system.

I detta arbete krävs samarbete mellan kommuner, landsting, privata vårdgivare och andra berörda samarbetspartners. Vidare krävs att centrala aktörer tar ansvaret för nationell samordning, gemensamt utvecklingsarbete och normering inom relevanta områden.

Mot denna bakgrund avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbun-

det, svara för centralt stöd och nationellt utvecklingsarbete inom området. För uppdraget bör sammanlagt 52 miljoner kronor avsättas under åren 2001–2004. Regeringen avser att återkomma med förslag om medeltillskott i budgetpropositionen för respektive år.

Utvecklingsinsatser behövs inom de områden som redovisas i det följande.

Gemensam dokumentation

Verksamhetsuppföljningen bör så långt möjligt bygga på uppgifter som fortlöpande dokumenteras i vården, i journaler och i annan löpande registrering. Denna måste utvecklas så att patienten, och andra intressenter, kan följa hela vårdprocesser.

Dagens journalsystem är splittrat mellan vårdenheter, huvudmän och yrkesgrupper. I mars 1999 uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att utreda omfattningen av administrativt arbete i vården och lämna förslag till åtgärder för att få bort onödig administration i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens rapport *Omfattning av administrationen i vården* visar att merarbete uppkommer till följd av de splittrade journalsystemen, samt att patientsäkerheten och effektiviteten i hälso- och sjukvården begränsas av brister i informationsöverföringen, i synnerhet mellan verksamheter i samband med in- och utskrivning vid sjukhus. Journalföringen har fokuserats på dess formella och legala form och inte i tillräcklig utsträckning som källa för att förbättra verksamheten och uppföljningen.

Datajournalsystem finns numera i så gott som all vårdcentralverksamhet. Vid sjukhus förekommer däremot datajournaler ännu inte i någon större utsträckning. Samma förhållande gäller den kommunala vården. Det finns dock exempel där samtliga enheter inom ett landsting använder samma IT-baserade journalsystem och där även kommuner använder detta.

Vårdadministrativa- och ärendehanteringssystem

Kommuner och landsting använder som regel IT-baserade stödsystem för att underlätta den verksamhetsnära administrationen. Dessa system är utvecklade och verkar nästan uteslutande vid enskilda verksamheter hos en huvudman eller i en viss typ av verksamhet t.ex. vid vårdcentraler. Kommunernas ärendehanteringssystem är uppbyggda för socialtjänsten, men har kompletterats med moduler för hälso- och sjukvårdsverksamhet.

För att få till stånd och kunna beskriva sammanhållna vårdprocesser där ofta flera enheter är berörda krävs att de administrativa stödsystemen kan kommunicera med varandra. En sådan sammankoppling underlättar informationsöverföring i samband med in- och utskrivningar vid sjukhus, snabb kommunikation mellan patientansvarig läkare och personalen vid ett äldreboende, mellan vårdcentral och apotek etc.

De aktuella systemen behöver fortlöpande utvecklas så att de innehåller uppgifter som är nödvändiga för ett ändamålsenligt verksamhetsstöd och uppföljning av verksamheten.

För en väl fungerande informationsförsörjning i hela vårdprocessen krävs IT-stöd för gemensamma journaler och integrerade administrativa stöd-system. För att dessa skall kunna genomföras krävs emellertid att några grundläggande förutsättningar uppfylls.

De termer och begrepp som används i informationssystemen måste vara klart definierade, kända och accepterade av den personal och andra intressenter som använder informationssystemen. Informationssystemen behöver tillgång till databaser med sådana definierade begrepp som bör framställas nationellt, även om lokala kompletteringar kan behövas.

Tekniska standarder utgör grunden för den funktionella samordning som krävs för att man skall kunna utbyta information mellan informationssystem som utvecklats av olika leverantörer.

Flera landsting bedriver ett omfattande arbete för att utveckla terminologin inom hälso- och sjukvården. Inom projektet Spriterm har ett omfattande arbete lagts ned för att skapa en termdatabas där man samlat några existerande terminologier för t.ex. diagnoser och läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen har tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet definierat några vårdadministrativa begrepp.

Fortfarande föreligger dock betydande skillnader i språkbruk mellan olika enheter, yrkesgrupper och huvudmän. Detta gäller i synnerhet mellan personal verksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att främja säkerhet och effektivitet i informationsförsörjningen är det nödvändigt att termarbetet intensifieras. Socialstyrelsen fick i samband med att Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut – Spri – upphörde ett utökat ansvar för terminologiarbetet och är från och med år 2000 ett nationellt kompetenscentrum i termfrågor.

Standardiseringen av IT för vården hanteras i Sverige av HSS – Hälso- och sjukvårdsstandardiseringen, som är auktoriserade av SIS att ansvara för dessa frågor.

Ett omfattande arbete har bedrivits och lett till att det nu finns grundläggande standarder för många typer av information som t.ex. laboratorieresultat, EKG, recept och hela journaler. Dessa används dock ännu inte i någon större utsträckning. Det krävs ett stort arbete med information och genomförande. Det är viktigt att centrala organ ger tydliga signaler om att standarder skall användas vid upphandling av nya system och att äldre system i möjligaste mån anpassas till det standardiserade informationsutbytet.

De europeiska standarderna behöver i många fall kompletteras med svenska specifikationer som ger ytterligare precisering av de tekniska anvisningarna. Dessutom saknas ännu grundstandarder för många viktiga frågor där behov finns av en patientcentrerad information och verksamhetsuppföljning.

Bättre mått i verksamhetsuppföljningen

Verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården i dag är begränsad till att i huvudsak avse prestationer i form av vårdtillfällen och öppen-

vårdsbesök. Finans- och personalstatistiken medger inte en självklar koppling till utförda prestationer. Uppgifter som beskriver hälso- och sjukvårdens resultat är inom många områden bristfälliga. I synnerhet inom psykiatri, primärvård och äldresjukvård finns påtagliga behov av utvecklingsarbete för att en tillfredsställande vårdprocessbaserad verksamhetsuppföljning skall uppnås. Brister finns även inom den sjukhusbaserade öppenvården, dagvård och medicinsk rehabilitering.

Inom Landstingsförbundet pågår arbete med att utveckla informationssystem där uppgifter om åtgärder och kostnader knyts till enskilda individer. Inom Socialstyrelsen pågår arbete med att gruppera olika öppenvårdsinsatser. Styrelsen har till regeringen nyligen redovisat ett uppdrag där ett förslag till individbaserad statistik inom kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade ingår.

Utvecklingsarbete när det gäller verksamhetsuppföljning behövs bl.a. inom följande områden:

- Beskrivning av hälso- och sjukvårdens tjänster. Inom öppen hälso- och sjukvård, psykiatri samt vård och omsorg om äldre behövs former för att beskriva och fortlöpande redovisa de tjänster som utförs.
- Beskrivning och klassificering av patienten. Diagnosklassificering är inte alltid tillräcklig. I synnerhet i vård och omsorg om äldre med stora omvårdnadsbehov och i vården av människor med psykiska störningar bör beskrivningssätt som uttrycker aktuellt behov, förmågor och funktionsnedsättningar utvecklas.
- Metoder för att redovisa kostnader för att utföra definierade tjänster inom öppen vård, särskilt inom psykiatri och vård och omsorg till äldre.
- Metoder för mätning och löpande redovisning av utfall av insatta åtgärder.
- Möjligheter bör skapas att koppla samman uppgifter från finans-, personal- och verksamhetsstatistik på aggregerad nivå för såväl arbetsenheter som vårdprocesser.
- Metodik och forum för att presentera nationell statistik på ett lättillgängligt och flexibelt sätt bör utvecklas för att motsvara olika intressenters informationsbehov.

8 Uppföljning och utvärdering av handlingsplanen

Regeringens bedömning: Handlingsplanen, avtalet om utvecklingsinsatser och resurstillskottet bör följas upp årligen och utvärderas ur olika perspektiv. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att svara för den nationella uppföljningen och utvärderingen.

För detta uppdrag bör sammanlagt 28 miljoner kronor avsättas under perioden 2001–2004.

Skälen för regeringens bedömning: Denna nationella handlingsplan syftar, tillsammans med avtalet med Landstingsförbundet och Svenska

Kommunförbundet om utvecklingsinsatser och resurstillskottet under åren 2001–2004, till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Planens huvudinriktning att göra primärvården i landsting och kommuner till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården kräver insatser och utvecklingsarbete under en följd av år. Eftersom detta är djupgående förändringar kan man inte utlova snabba och omedelbara resultat på alla punkter. Desto viktigare är det att tillse att handlingsplanen, utvecklingsavtalen och resurstillskottet sammantaget år från år leder till sådana delförändringar som kan förväntas ge avsedda effekter på sikt.

Utvecklingsavtalet med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet med tillhörande lokala handlingsplaner i landstingen är särskilt viktiga som medel för att åstadkomma förändringar i enlighet med denna nationella handlingsplan. Det är därför avgörande att avtalet och de lokala handlingsplanerna följs upp.

Regeringen har därför i utvecklingsavtalet med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kommit överens om att såväl utvecklingsavtalet som de lokala handlingsplanerna skall följas upp och utvärderas, både lokalt och nationellt.

Enligt regeringen bör Socialstyrelsen få i uppdrag att svara för uppföljningen av såväl denna nationella handlingsplan som av avtalet om utvecklingsinsatser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. För detta uppdrag bör sammanlagt 28 miljoner kronor avsättas under perioden 2001–2004. Regeringen avser att återkomma med förslag i budgetpropositionen för respektive år.

I avtalet ingår vidare att handlingsplanerna i respektive landsting utifrån lokala förutsättningar skall beskriva vilka insatser som planeras samt vilka resultat som skall uppnås för att fullfölja utvecklingsavtalet. Handlingsplanerna skall redovisas till Socialstyrelsen senast den 31 december 2001.

Den lokala uppföljningen baseras på att det enligt utvecklingsavtalet åligger respektive landsting att följa upp de lokala handlingsplanerna. Landstingen skall senast den 1 mars åren 2003–2005 till Socialstyrelsen redovisa hur de lokala handlingsplanerna har genomförts samt vilka resultat som uppnåtts. Därutöver åligger det landstingen att senast den 31 september 2005 till Socialstyrelsen redovisa en samlad bedömning av resultatet av utvecklingsinsatserna samt hur intentionerna i utvecklingsavtalet uppfyllts i respektive landsting.

Regeringen avser att ge Socialstyrelsens i uppdrag att årligen med början 2002 till regeringen redovisa en samlad bedömning av hur utvecklingen i landsting och kommuner överensstämmer med intentionerna i handlingsplanen och utvecklingsavtalet. Av 2000 års ekonomiska vårproposition (prop. 1999/2000:100) framgår vidare att en kontrollstation skall finnas efter två år. Syftet med kontrollstationen är att analysera hur de avsatta medlen har använts och vilken effekt de har haft i verksamheten.

Avsikten är att Socialstyrelsens redovisning skall baseras dels på landstingens lokala handlingsplaner och redovisade uppföljningar av dessa, dels på egeninitierade studier som skall belysa utvecklingen inom centrala områden som täcks av den nationella handlingsplanen och utvecklingsavtalet, exempelvis:

- Satsningen på primärvården i landsting och kommuner görs för att åstadkomma en bättre balans mellan resurser och arbetsuppgifter och därmed främja den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens uppdrag bör därför ingå att initiera studier för att bedöma primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården.
- Särskild uppmärksamhet bör också ägnas informationsöverföringen och samverkan mellan sjukhus och landstingens och kommunernas primärvård för gemensamma patientgrupper. En viktig fråga att belysa därvidlag är i vilken utsträckning de ökade resurserna i primärvården förmår bidra till ökad trygghet och kvalitet i vården av äldre människor.
- Patienternas möjligheter att etablera långsiktiga och förtroendefulla relationer med familjeläkaren och andra yrkeskategorier i primärvården och effekterna därav bör göras till föremål för studier.
- Vidare bör utvecklingen för barn och ungdomar med psykisk ohälsa följas, bl.a. avseende hur psykiatrin i samverkan med andra förmår åstadkomma tidigt stöd samt hur övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin underlättas.

Inledning

Genom den s.k. försvarsuppgörelsen kommer åtta miljarder kronor att tillföras vården och omsorgen under perioden 2002–2004. Av 2000 års ekonomiska vårproposition framgår att medlen skall ingå i det generella statsbidraget till landsting och kommuner och fördelas med 70 procent till landstingen och 30 procent till kommunerna, vilket innebär att den största delen av satsningen avser landstingens hälso- och sjukvård. En kontrollstation skall finnas under år 2003. I samband med denna skall en bedömning göras av hur de avsatta medlen har använts och vilken effekt de har haft i verksamheten.

Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har i detta avtal enats om att med dessa utökade resurser stimulera utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen; primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald.

En väsentlig del i avtalet är att insatserna skall följas upp och utvärderas. Avsikten är att landstingen under 2001 skall ta fram lokala handlingsplaner eller motsvarande som utifrån lokala förutsättningar preciserar hur intentionerna i detta utvecklingsavtal skall uppfyllas. Socialstyrelsen kommer att ges i uppdrag att följa detta arbete och att svara för den nationella uppföljningen av detta utvecklingsavtal.

Att träffa utvecklingsavtal och ta fram lokala handlingsplaner som följs upp är ett uttryck för ambitionen att resurstillskottet skall leda till konkreta effekter inom vården och omsorgen. Principen om kommunal självstyrelse gäller. I detta avtal läggs inriktningen för satsningen fast, medan det ankommer på huvudmännen att själva ansvara för genomförandet. Resurstillskottet är inte att betrakta som en allmän förstärkning av kommunsektorns ekonomi.

Landstingen tillförs under perioden 2002–2004 resurstillskott enligt följande: 660,1 miljoner kronor år 2002, 2 060,1 miljoner kronor år 2003, 2 760,1 miljoner kronor år 2004.

Kommunerna tillförs under perioden 2002–2004 resurstillskott enligt följande: 282,9 miljoner kronor år 2002, 882,9 miljoner kronor år 2003, 1 182,9 miljoner kronor år 2004.

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet åtar sig att verka för att landstingen och kommunerna under perioden genomför insatser i enlighet med intentionerna i detta utvecklingsavtal.

För nationellt utvecklingsarbete med inriktning att stödja landsting och kommuner att genomföra insatser i enlighet med detta utvecklingsavtal avsätts 7 miljoner kronor per år under perioden 2002–2004 till Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, fördelat lika mellan förbunden.

Bakgrund

Med stöd i 1990-talets snabba medicinska utveckling har sjukvården genomgått en omfattande strukturomvandling som radikalt förändrat arbetsfördelningen mellan sluten och öppen vård och därmed mellan landsting och kommuner. Med allt kortare vårdtider vid sjukhusen har den öppna vården utanför sjukhusen fått ansvar för allt fler vårdkrävande patienter. Det gäller patienter som behöver långvarigt stöd och kontinuerlig uppföljning för kroniska sjukdomar som t.ex. astma, diabetes, psykos, högt blodtryck, hjärtsvikt och reumatism. Det gäller patienter som behöver fortsatt vård och rehabilitering efter olika insatser vid sjukhus. Det gäller också de, framför allt äldre men också yngre personer, som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvård, ofta med flera samverkande sjukdomar och personer med vård i livets slutskede.

Strukturomvandlingen möjliggör för människor att i hög grad få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda utanför sjukhus. Det är också något som de allra flesta människor önskar under förutsättning att de medicinska insatserna och tryggheten är tillfredsställande. Även med omfattande och långvariga sjukvårdsbehov skall det därför vara möjligt att bo kvar hemma.

Strukturomvandlingen lider dock av en betydande obalans. Den öppna vårdens successivt ökade ansvar för allt mer vårdkrävande patienter har inte åtföljts av motsvarande resurstillskott. Denna eftersläpning i den öppna vårdens resurser orsakar tillgänglighets- och kvalitetsproblem i hela vården.

Landstingets primärvård har vare sig den kapacitet eller inriktning som är nödvändig för att i praktiken fylla funktionen som hälso- och sjukvårdens bas. För de som insjuknar akut, framför allt på jourtid, är primärvårdens tillgänglighet ofta allt för låg vilket gör att patienterna tvingas söka vård vid sjukhusens akutmottagningar även för sjukvårdsbehov som väl skulle kunna tillgodoses i primärvården. Det finns inte heller tillräckligt tydliga och praktiska förutsättningar för var och en i befolkningen att etablera en långsiktig och förtroendefull relation med en egen vald läkare.

Genom Ädelreformen ansvarar kommunerna för delar av denna öppna vård. Det gäller den vård som ges i särskilda boendeformer och, i mer än hälften av kommunerna, för hemsjukvård. I båda fallen exklusive läkarinsatser.

Även i denna vård finns brister. Den medicinska nivån på insatserna i särskilt boende och i hemsjukvård är inte tillfredsställande. Det gäller både medverkan från läkare och tillgången till annan hälso- och sjukvårdspersonal med tillräcklig kompetens; undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, m fl.

Inte heller den nödvändiga trepartssamverkan mellan sjukhus, landstingens primärvård och kommunernas vård och omsorg fungerar optimalt, vilket medför bristande kontinuitet och sammanhang i vården.

Detta har allvarliga konsekvenser för patienterna. När de medicinska insatserna i den öppna vården inte är tillräckliga finns risk för att patientens medicinska tillstånd försämras i sådan grad att inläggning vid sjukhus blir nödvändig. Om vårdinsatser och rehabilitering efter en vårdinsats

vid sjukhus inte håller tillräckligt hög medicinsk nivå blir inte resultatet av insatsen den bästa möjliga.

Stödet till vissa grupper med psykisk ohälsa måste förbättras. Det gäller barn och ungdomar som drabbas av psykisk ohälsa för vilka tidiga insatser måste sättas in. Det gäller också psykiskt funktionshindrade som har både somatiska och psykiatriska vårdbehov som inte uppmärksammas tillräckligt. Vidare har många äldre psykiatriska vårdbehov som inte ges tillräcklig uppmärksamhet.

Hälso- och sjukvårdens lednings-, organisations- och arbetsformer kan utvecklas ytterligare i syfte att stärka patientfokuseringen, förbättra arbetsmiljön och höja kostnadseffektiviteten. Olika alternativa driftsformer i vården och omsorgen kan frigöra innovationskraft och nytänkande. Genom att bejaka privata, ideella och kooperativa entreprenörer kan nya erfarenheter vinnas av arbetsorganisation, former för service och bemötande som även kan berika huvudmännens egna befintliga verksamheter.

En nödvändig förutsättning för att komma till rätta med vårdens problem är att med utökade resurser förbättra kapaciteten och kvaliteten i den öppna vården. Syftet är att skapa positiva systemeffekter. Det handlar alltså om att ge bättre förutsättningar för vårdens olika delar att i samverkan åstadkomma goda resultat.

Men att det behövs mer resurser får inte dölja det samtidiga behovet av ett förbättrat utnyttjande av tillgängliga resurser. Det gäller att minska onödiga insatser i alla vårdprocesser, inte minst genom förbättrad informationsöverföring och samverkan, och att kontinuerligt utvärdera värdet av olika åtgärder och system. Det kräver kontinuerligt arbete med verksamhetsutveckling som syftar till att vården oavsett huvudman och oavsett driftsform skall bli mer patientfokuserad, kunskapsbaserad och kostnadseffektiv för att både kunna åstadkomma goda resultat och kunna rekrytera nödvändig personal.

Tillgängligheten i primärvården kan förbättras på olika sätt. Redan pågår, med stöd från Landstingsförbundet, projekt i landstingen som syftar till att både skapa förbättrad tillgänglighet och större lyhörddhet till patienternas önskemål om tidpunkt för besök. I ett första steg har skapats mottagningar inom primärvården som förmår att ge varje patient som så önskar tid för besök samma dag som kontakt tas.

Utvecklingsinsatser

1. Primärvård

Av den år 1995 ändrade Hälso- och sjukvårdslagen framgår att primärvården, som en del av den öppna vården, utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, skall svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Begreppet primärvård betecknar alltså inte en specifik organisationsform utan en vårdnivå; den nivå som skall kunna tillgodose befolkningens behov av grundläggande hälso- och sjukvård.

Primärvård som vårdnivå inkluderar därmed även den sjukvård som kommunerna bedriver i särskilt boende och, i drygt hälften av kommunerna, i ordinärt boende.

Det har under de senaste decennierna funnits en bred politisk enighet om att primärvården skall fylla funktionen som befolkningens bas i det svenska sjukvårdssystemet.

Även om enigheten om behovet av att utveckla primärvården till en väl fungerande bas inom hälso- och sjukvården varit påfallande, har allt för lite hänt i praktiken. Primärvården har tvärtom fått allt svårare att leva upp till denna funktion eftersom dess resurser inte utvecklats i takt med successivt ökade arbetsuppgifter.

Trots en generellt sett mycket hög läkartäthet i svensk sjukvård är antalet specialister i allmänmedicin i primärvården per invånare internationellt sett låg.

För att primärvården skall kunna fullgöra funktionen att svara för befolkningens grundläggande sjukvårdsbehov krävs både ökad mottagnings-, hembesöks- och utredningskapacitet och bättre fungerande samverkan med andra delar av vården.

Med sjukvårdens tilltagande specialisering aktualiseras även behovet av att utveckla informationsstödet till patienterna, inte minst i valet mellan olika behandlingsformer. Här har framtidens primärvård en av sina viktigaste roller, att ansvara för kontinuitet och sammanhang i vården av människor med komplexa sjukdomar samt att fungera som vägledare i ett allt mer mångskiftande vårdutbud.

En fast läkarkontakt – familjeläkare – som är lätt tillgänglig utgör en viktig förutsättning för att skapa kontinuitet och sammanhang i vården. För den enskilde är en sådan fast läkarkontakt också ofta en förutsättning för reell delaktighet och inflytande.

Primärvård innebär med nödvändighet arbete i team. Utöver insatser från läkare och distriktssköterskor krävs insatser från en rad andra kompetenser, paramedicinska och beteendevetenskapliga, inte minst i vården av människor med kroniska sjukdomar, i mödra- och barnhälsovård samt i habilitering och rehabilitering. I primärvården kan också ingå specialiserad mottagningsverksamhet som diabetes-, astma- och ADL-mottagningar. Insatser från andra medicinska specialiteter än allmänmedicin, t. ex. inom barnsjukvård, gynekologi, psykiatri och geriatrik kan utgöra viktiga delar.

Med tanke på de olika förutsättningar som råder på olika håll i landet är det viktigt att inte sträva efter en likformig detaljerad vårdmodell att tillämpa över allt. Hur primärvården organiseras och vilka olika kompetenser som finns där är en fråga för respektive landsting. Uppdragen kan ju skifta även inom ett landsting utifrån lokala förhållanden, t.ex. mellan tätort och glesbygd eller beroende på tillgången till andra vårdgivare.

Det som är viktigt är att den enskilde – oavsett var i landet han eller hon bor – skall ha möjlighet att välja en egen läkare i primärvården. Denne läkare måste dessutom ha praktiska förutsättningar att fylla den ovan beskrivna funktionen som fast läkarkontakt/familjeläkare. Familjeläkaren skall tillsammans med andra yrkeskategorier i primärvården genom en långsiktig relation svara för invånarnas grundläggande vård-

och rehabiliteringsbehov och fungera som patientens rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser.

Tillgängligheten inom vården skall förbättras. Personer med akuta behov skall ha tillgång till adekvat kompetens och erforderliga resurser inom hälso- och sjukvården dygnet runt under hela året, i första hand inom primärvården. Detta kräver flexibilitet avseende lokalisering och utformning av mottagningsverksamhet, öppettider och transportlösningar, vilket kan åstadkommas genom samverkan inom primärvården och med hälso- och sjukvården i övrigt. För personer i särskilt boende och i hemsjukvård skall det vara möjligt att få hembesök dygnet runt.

Ett uttryck för denna målsättning är den gemensamma ambitionen att öka läkartätheten inom primärvården för att uppnå tillgänglighets- och kvalitetsmålen. Detta förutsätter i sin tur satsningar på utbildning och rekrytering och även vidareutbildning av läkare som idag är verksamma inom i första hand den slutna vården vid sjukhus. Den närmare avvägningen mellan olika insatser måste avgöras lokalt och är även beroende av primärvårdens lokala uppdrag och samverkan med andra vårdgivare.

Mot denna bakgrund är vi överens om följande:

- Landstingen svarar för att utifrån regionala förutsättningar precisera primärvårdens uppdrag bl.a. med avseende på funktion och tillgänglighet.
- Landstingen svarar för att:
 - ⇒ Alla invånare som så önskar får tillgång till och kan välja en egen läkare/familjeläkare.
 - ⇒ Alla invånare får tillgång till information om primärvården – om valmöjligheter, tillgänglighet och funktion.
 - ⇒ Det – oavsett tidpunkt på dygnet – är möjligt för invånarna att få tillgång till adekvat kompetens och adekvata insatser.
 - ⇒ Läkartätheten inom primärvården avsevärt förstärks.
 - ⇒ Kunskapsutvecklingen inom primärvården stärks genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete samt genom förbättrade möjligheter till kompetensutveckling och fortbildning.

2. Vård och omsorg om äldre

Det är angeläget att ge människor, inte minst äldre, möjligheten att få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda på ett sätt som är integrerat i eget boende och vardagsliv. Det är också något som de allra flesta önskar, under förutsättning att de medicinska insatserna och tryggheten i övrigt är tillfredsställande. Även med omfattande och långvariga behov av sjuk-

vård skall det därför vara möjligt att bo hemma, i det ordinarie boendet eller i ett särskilt boende.

Därför måste erforderlig medicinsk kompetens och resurser i övrigt finnas i särskilt boende och i hemsjukvård. Kommunerna måste höja kompetensen hos dem som arbetar i kommunal vård. I dag har 30–40 procent av baspersonalen ingen vårdutbildning och strävan skall vara att de som arbetar i särskilda boenden och inom hemsjukvården minst skall ha en gymnasial utbildning inriktad på vård och omsorg. Det finns också ett stort behov att anställa fler personer med högskoleutbildning dvs. sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, m fl. Behovet av utökad systematisk fortbildning är också stort.

De flesta som erhåller sjukvård i särskilt boende eller inom hemsjukvården har behov av och kontakter med landstingets primärvård och/eller sjukhus. Ett gott sammantaget resultat förutsätter samordnade insatser från de olika vårdgivare som medverkar i behandling och rehabilitering. Annars riskeras redan uppnådda effekter att gå förlorade. Som särskilt känslig situation framstår byte av vårdnivå, i synnerhet tiden närmast efter en sjukhusvistelse. Detta förutsätter stor förmåga till praktisk samverkan.

Samarbete mellan landsting och kommun är en nödvändig förutsättning för en god vård och omsorg. Det finns stora krav på samverkan och att utveckla teamarbete för att tillgodose den enskildes vård och stödbehov oberoende av organisation och huvudman. Utvecklad samverkan mellan kommunen och andra vårdgivare, liksom mellan olika yrkesgrupper inom den kommunala verksamheten är viktiga för vårdens kvalitet. Insatserna behöver individualiseras och den medicinska säkerheten förbättras.

Med stigande ålder och nedsatt funktionsförmåga tar det ofta längre tid att känna sig hemma i en ny miljö och att anpassa sig till nya rutiner. Byte av vårdnivå skapar lätt otrygghet och förvirring och varje sådant byte som inte är medicinskt motiverat utgör en allvarlig kvalitetsbrist.

För den äldre människan är det därför av största vikt att de medicinska insatserna kan garanteras inom ramen för ett särskilt boende eller i hemsjukvården. Oavsett organisation måste behovet av sjukvårdsinsatser och erforderlig medicinsk kompetens tillgodoses både i särskilt boende och i hemsjukvård. Det gäller insatser från såväl läkare som från annan sjukvårdspersonal. Vid otillräckligt stöd behöver fler patienter få vård vid akutsjukhus vilket är påfrestande för de patienter som drabbas. Vid utskrivning från sjukhus skall nödvändiga fortsatta insatser, både medicinska och sociala, vara väl förberedda. Det förutsätter fungerande informationsöverföring och gemensam vårdplanering mellan landstingens vårdenheter, kommunen och den enskilde.

Vården i livets slut sker idag i stor utsträckning i särskilda boendeformer och i hemsjukvård. Kommittén om vård i livets slut framhåller i sitt delbetänkande (SOU 2000:6) vikten av att den palliativa vården utvecklas. Vården skall utgå från patientens behov av en aktiv helhetsvård genom tvärprofessionellt sammansatta vårdlag. Även de närståendes behov av stöd och hjälp måste beaktas. Detta är en gemensam uppgift för landsting, kommuner och berörda vårdgivare.

Trots att samverkan på många sätt är nödvändig för att åstadkomma goda resultat för den enskilde visar både centrala och lokala uppfölj-

ningar på uppenbara brister i samverkan mellan och inom olika vårdnivåer.

Utvärderingar har visat på särskilda brister när det gäller läkarmedverkan/tillgången till läkare i särskilda boenden och inom hemsjukvården. Det handlar om både direkta vårdinsatser till enskilda patienter och om vårdplanering och stöd till verksamhetsutveckling.

Därför måste läkarmedverkan i särskilda boenden och i hemsjukvården förbättras. Det gäller både de specifika läkarinsatser som sker i mötet med patienten och en aktiv medverkan i vårdlaget, där olika yrkesgrupper samarbetar utifrån patienternas behov. Landsting och kommuner bör reglera läkarinsatsernas omfattning och innehåll i avtal.

De anhörigas insatser spelar en viktig roll. Inte minst gäller detta vid vård i livets slut. För att patienter och deras närstående skall våga och orka med vård i hemmet är det viktigt att de anhöriga ges stöd och avlösning. Utvärderingar visar dock att även om många kommuner erbjuder olika former av hjälp är stödet sammantaget svagt utvecklat.

Mot denna bakgrund föreslog regeringen i budgetpropositionen för år 1999 ett särskilt stimulansbidrag fr.o.m. år 1999 och tre år framåt med 100 miljoner kronor årligen. I stort sett samtliga kommuner har tagit fram handlingsplaner som visar att de avser att satsa på utbyggnad av korttidsplatser, möjligheter till avlösning samt stödgrupper. Många kommuner planerar också uppsökande verksamheter för att finna ”dolda” anhöriginsatser. Arbetet med att utveckla dess handlingsplaner har skett i nära samarbete med frivilligorganisationer och organisationer för anhöriga.

Det är angeläget att kommunerna även efter perioden med stimulansmedel arbetar aktivt för att stödja anhöriga som vårdar svårt sjuka, äldre eller funktionshindrade människor. Vården skall utformas i samverkan med anhöriga och den berörda personen på sådant sätt att den enskildes inflytande och rättssäkerhet tillgodoses.

Mot denna bakgrund är vi överens om följande:

- Kommunerna svarar för att:

⇒ Förstärka den medicinska kvaliteten i särskilt boende och i hemsjukvård genom t.ex. att;

- en ökad andel av de anställda erhåller adekvat vårdutbildning, dvs. lägst gymnasiekompetens inriktad på vård och omsorg eller motsvarande,
- fler personer med högskoleutbildning anställs, t. ex. sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer,
- fler sjuksköterskor erbjuds möjlighet att fördjupa sin medicinska kompetens.

⇒ Anhöriga som vårdar svårt sjuka, äldre eller funktionshindrade människor även fortsättningsvis erhåller stärkt stöd i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.

- Landstingen svarar för att:

⇒ De som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård vid behov av läkare får en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål.

Mot denna bakgrund bör avtal träffas mellan landsting och kommun som reglerar insatsernas omfattning och innehåll, bl.a. med avseende på tillgänglighet samt uppföljning av behandlingsinsatser och läkemedelsanvändning samt vårdplanering och stöd till den kommunalt anställda personalen.

- Landsting och kommuner svarar för att:

⇒ Alla patienter erhåller vård på rätt vårdnivå genom att samverkan mellan landsting och kommuner utvecklas.

Mot denna bakgrund skall landsting och kommuner tillsammans utforma vårdprocesserna för gemensamma patientgrupper så att insatser i slutet och öppen vård samordnas. I detta sammanhang bör särskild uppmärksamhet ägnas åt att utveckla vården i livets slutskede.

3. Psykiatri

Upprepade epidemiologiska studier under 1990-talet har påvisat en ökning av olika former av psykisk ohälsa. Främst handlar det om förekomsten av känslor som ”nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro, ångestkänslor m.m.”.

Det är viktigt att denna ökade psykiska ohälsa bildar utgångspunkt för ett förebyggande arbete som syftar till att förhindra att sådan ohälsa fördjupas och leder till utvecklandet av allvarlig psykisk ohälsa.

I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande ”Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem” identifieras ett stort behov av att arbeta förebyggande med inriktning på barn och ungdomar som riskerar att utveckla och fördjupa psykisk ohälsa. Kommittén lyfter också fram barns och ungdomars behov av information, råd och stöd när en förälder har psykiska och/eller missbruksproblem, är kroppsligt sjuk eller dör. Om inte insatser sätts in tidigt riskerar problemen att fördjupas, vilket kan leda till psykotiska och depressiva tillstånd där det finns risk för självmordshandlingar, tvångssyndrom och ätstörningar. För ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk krävs vidare att vårdinnehållet utvecklas.

För ungdomar som befinner sig i gränlandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri uppstår ofta onödiga kontinuitetsbrott i samband med övergången mellan de båda specialiteterna.

Psykiatireformen syftade till att tillförsäkra psykiskt funktionshindrade bättre livsvillkor och ett fullgott socialt liv i samhället. Genom reformen tydliggjordes kommunernas ansvar för sociala insatser som boende, sysselsättning och dagligt umgänge och landstingens ansvar för

psykiatriska insatser, t.ex. att vårdplanering sker i samverkan med socialtjänsten, att informationsöverföringen är tillfredsställande samt att patientansvarig läkare upprätthåller nödvändig kontakt med den funktionshindrade. Psykiatrireformens ambition var att främja vård i öppna former genom att utveckla boendet och annat socialt stöd utanför institutionerna.

Reformen har ökat kraven på en effektiv öppen psykiatri, i samverkan med socialtjänstens insatser, med krav på kompetensutveckling, inom såväl psykiatrin som socialtjänsten.

Psykiatrin, socialtjänsten och primärvården måste finna varandra för att gemensamt utveckla en ”ny” och utvecklad kunskap för att genom samlad kompetens skapa ett fungerande stöd för psykiskt funktionshindrade. Behovet är särskilt stort för personer med psykiska problem och samtidigt missbruk.

Utvärderingar av psykiatrireformen visar att utvecklingen allmänt sett varit positiv. Samtidigt finns uppenbara brister, både när det gäller hur psykiatriska och somatiska vårdbehov tillgodoses och när det gäller samarbetet mellan landsting och kommuner.

Psykisk ohälsa hos äldre är ett i allt för stor utsträckning dolt vårdbehov. Det gäller i synnerhet olika depressiva tillstånd där de äldres symtombild ofta skiljer sig från yngres varför särskild kunskap erfordras.

För alla dessa grupper är behovet av samverkan med andra stort. Mot denna bakgrund är vi överens om följande:

Landstingen svarar för att:

Barn och ungdomar

⇒ Barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem erbjuds tidigt och adekvat stöd.

⇒ Vårdinnehållet utvecklas för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk.

⇒ Vårdbehoven hos ungdomar i åldersgruppen 16–25 tillgodoses genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin.

Psykiskt funktionshindrade

⇒ Psykiskt funktionshindrade särskilt uppmärksammas så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatrin och socialtjänsten.

Äldre

⇒ Äldre med psykiatriska vårdbehov identifieras och erbjudas behandling.

Syftet med resurstillskott till den öppna vården utanför sjukhusen är att åstadkomma förbättrad tillgänglighet i hela vården.

Sådana arbetsformer som främjar tillgänglighet och kontinuerlig verksamhetsutveckling skall eftersträvas. Det krävs arbetsformer som frigör den enskildes och arbetslagets vilja och förmåga. Det är ingen enkel och snabb väg utan förutsätter ett långsiktigt arbete med alla berörda professioners aktiva medverkan. Ett inslag i ett sådant arbete kan vara att öka mångfalden av producenter. Privata inslag kan frigöra innovationskraft och nytänkande, bl.a. när det gäller administration, arbetsorganisation, service och bemötande.

Mot denna bakgrund är vi överens om följande:

Landsting och kommuner svarar för att:

⇒ Olika driftsformer i den öppna vården och omsorgen stimuleras, genom att fler privata, kooperativa och ideella entreprenörer ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

Uppföljning

Ett väsentligt inslag i avtalet är att det skall följas upp, vilket skall ske på såväl lokal som nationell nivå. Resurstillskotten i enlighet med avtalet syftar till att stödja en angelägen utveckling inom hälso- och sjukvården. Med mer resurser till den öppna vården utanför sjukhusen, i landsting och kommuner, förväntas vården mer effektivt kunna tillfredsställa befolkningens sjukvårdsbehov. Eftersom det i flera avseenden handlar om djupgående förändringar vore det emellertid vilseledande att utlova snabba och omedelbara resultat på alla punkter. Att göra primärvården i landsting och kommuner till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården kräver insatser och utvecklingsarbete under en följd av år. Desto viktigare är det att tillse att resurstillskotten år från år och i takt med att tillskotten trappas upp leder till sådana delförändringar inom de prioriterade områdena specificerade i detta avtal som sammantaget förväntas ge avsedda effekter på sikt.

Lokal uppföljning

Den lokala uppföljningen skall baseras på de handlingsplaner som landstingen enligt detta avtal skall ta fram under 2001. Handlingsplanerna skall utifrån lokala förutsättningar beskriva vilka insatser som planeras samt vilka resultat som skall uppnås för att fullfölja detta utvecklingsavtal. Handlingsplanerna skall redovisas till Socialstyrelsen senast den 31 december 2001.

Det åligger respektive landsting att följa upp de lokala handlingsplanerna. Landstingen skall senast den 1 mars åren 2003–2005 till Socialstyrelsen redovisa hur de lokala handlingsplanerna har genomförts samt

vilka resultat som uppnått. Därutöver åligger det landstingen att senast den 31 september 2005 till Socialstyrelsen redovisa en samlad bedömning av resultatet av utvecklingsinsatserna samt hur intentionerna i detta utvecklingsavtal uppfyllts i respektive landsting.

Prop. 1999/2000:149
Bilaga 1

Nationell uppföljning

Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att sköta den nationella uppföljningen av detta utvecklingsavtal samt sammanhängande resurstillskott till vården och omsorgen. I uppdraget kommer att ingå att årligen med början 2002 till regeringen redovisa en samlad bedömning av hur utvecklingen i landsting och kommuner överensstämmer med intentionerna i detta avtal.

En kontrollstation skall finnas under år 2003. I samband med denna skall en bedömning göras av hur de avsatta medlen har använts och vilken effekt de har haft i verksamheten.

Socialstyrelsens redovisning skall baseras dels på landstingens lokala handlingsplaner och redovisade uppföljningar av dessa, dels på egeninitierade studier som skall belysa utvecklingen inom centrala områden som täcks av detta utvecklingsavtal, exempelvis:

- Satsningen på den öppna vården utanför sjukhusen görs för att åstadkomma en bättre balans mellan resurser och arbetsuppgifter och därmed främja den samlade effektiviteten i sjukvården. I Socialstyrelsens uppdrag kommer därför att ingå att initiera studier för att bedöma den öppna vårdens betydelse för systemeffektiviteten i sjukvården.
- Särskild uppmärksamhet bör också ägnas informationsöverföringen och samverkan mellan sjukhus, landstingens primärvård och kommunal sjukvård för gemensamma patientgrupper. En viktig fråga att belysa därvidlag är i vilken utsträckning de ökade resurserna i den öppna vården utanför sjukhus förmår bidra till ökad trygghet och kvalitet i vården av äldre människor.
- Patienternas möjligheter att etablera långsiktiga och förtroendefulla relationer med familjeläkaren och andra yrkeskategorier i primärvården och effekterna därav bör göras till föremål för studier.
- Vidare bör utvecklingen för barn och ungdomar med psykisk ohälsa följas, bl.a. avseende hur psykiatrin i samverkan med andra förmår åstadkomma tidigt stöd samt hur övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin underlättas.

Socialstyrelsen skall vad gäller uppföljningsarbetet samverka med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Som ett första steg ansvarar Socialstyrelsen för att en plan för uppföljningsarbetet tas fram till den 30 juni 2001.

- 2001** 30 juni Socialstyrelsen presenterar plan för uppföljningen.
31 december Landstingen redovisar sina lokala handlingsplaner till Socialstyrelsen.
- 2002** 30 juni Socialstyrelsen redovisar sin första årliga uppföljning till regeringen.
- 2003** 1 mars Landstingen redovisar uppföljning av sina lokala handlingsplaner till Socialstyrelsen.
30 juni Socialstyrelsen redovisar sin andra årliga uppföljning till regeringen.
- 2004** 1 mars Landstingen redovisar uppföljning av sina lokala handlingsplaner till Socialstyrelsen.
30 juni Socialstyrelsen redovisar sin tredje årliga uppföljning till regeringen.
- 2005** 1 mars Landstingen redovisar uppföljning av sina lokala handlingsplaner till Socialstyrelsen.
30 juni Socialstyrelsen redovisar sin fjärde årliga uppföljning till regeringen.
31 september Landstingen redovisar en samlad bedömning av resultatet av utvecklingsinsatserna och hur intentionerna i detta utvecklingsavtal uppfyllts i respektive landsting.
31 december Socialstyrelsen redovisar en samlad uppföljning till regeringen.

Godkännande av avtalet

Avtalet blir giltigt under förutsättning att det godkänns av regeringen, Landstingsförbundets styrelse respektive Svenska Kommunförbundets styrelse, samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för åren 2002–2004.

För staten genom Socialdepartementet

Mikael Sjöberg

För Landstingsförbundet

För Svenska Kommunförbundet

Monica Sundström

Evert Lindholm

Bilaga 2 finns endast i den tryckta upplagan.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 8 juni 2000

Närvarande: statsrådet Freivalds, ordförande, och statsråden Thalén, Ulvskog, Lindh, von Sydow, Pagrotsky, Messing, Engqvist, Rosengren, Larsson, Lejon, Lövdén, Ringholm

Föredragande: statsrådet Engqvist

Regeringen beslutar proposition 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården