



DOKUMENTATION

Beställarnätverkets riksstämma
i Borlänge 10–12 februari

1999

TEMA: ÄLDRESJUKVÅRDEN
UR ETT BEFOLKNINGSPERSPEKTIV

Beställarnätverkets riksstämman 1999 inleddes med att två elever från Musikkonservatoriet i Falun kulade – en naturlig start för ett evenemang som hålls i Dalarna där folkmusiken lever.

Stämman i Borlänge hade 215 deltagare, vilket är det i särklass största antalet hittills i nätverkets historia. Plats för stämman var Folkets Hus där både föreläsningar, middagar och underhållning ägde rum.

Syftet med den här dokumentationen är att ge en överblick över vad som sades på stämman. Den som vill ha fördjupad information kan vända sig till respektive föreläsare.

Välkommen till Dalarna!

Beställarnätverkets ordförande Gösta Andersson hälsade deltagarna välkomna och konstaterade att tre fjärdedelar av Sveriges befolkning bor i landsting som har någon form av beställar- och utförarmodell.

Han hoppades att deltagarna under stämman skulle

- få en bild av äldrefrågorna i ett befolkningsperspektiv
- få en sammanfattning av arbetet i beställarnätverket
- utbyta erfarenheter
- ha roligt.

Han uppmanade också deltagarna att hela tiden ha bilden av mötet mellan patient och vårdgivare för ögonen.

– Vår övergripande uppgift är att göra det mötet så bra som möjligt.

Den andra inledaren var **Bengt Valdemarsson**, sjukvårdspolitiker (s) från Gävle, som under det senaste året varit ordförande i interimsstyrelsen för det planerade beställarnätverket för politiker.

Han konstaterade att tjänstemännens beställarnätverk betytt mycket både för dem själva och för utvecklingen i sjukvården. Det finns lika stor anledning för politiker som för tjänstemän att regelbundet diskutera beställarens roll.

Hans förhoppning var att ett beställarnätverk för politiker skulle ta fastare form under stämman och han glädde sig åt att ett 50-tal politiker fanns på plats. Inför framtiden såg han för sig att de två nätverken utvecklas tillsammans.

Bengt Valdemarsson berättade också om WäXkraft – ett samarbete mellan landstingen i Dalarna och Gävleborgs län. Samarbete mellan två landsting kan vara ett alternativ till större landsting. ■

Gösta Andersson, Landstinget Dalarna, är ordförande i beställarnätverket under 1999.

Tfn: 023-49 03 84
gosta.andersson
@ltdalarna.se

Han ingår i nätverkets arbetsutskott tillsammans med:

• **Christina Torstensson**, Stockholms läns landsting
Tfn: 08-655 52 02
christina.torstensson
@noso.sl.se

• **Anders Eklund**, Landstinget i Östergötland
Tfn: 013-22 74 09
anders eklund
@bes.kan.lio.se

• **Göran Maathz**, Landstinget Sörmland (koordinator)
Tfn: 0155-24 58 77
Goran.Maathz@lk.dll.se

Beställarkonceptets utveckling i Sverige och internationellt

Johan Calltorp, professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan.
Tfn: 031-69 39 21
johan.calltorp@nhv.se

Per Carlsson, docent vid CMT, Linköpings universitet, och SBU.
Tfn: 013-22 20 00

Johan Calltorp och Per Carlsson

Johan Calltorp slog fast att beställarnätverket är en kraft som utvecklar svensk hälso- och sjukvård. En konkret följd av nätverkets arbete är boken "Att beställa hälso- och sjukvård". Den är ett resultat av första beställarutbildningen och betraktas som beställarnas "bibel". Under riksstämman refererades till den upprepade gånger.



Läget inom hälso- och sjukvården nu karaktäriseras av förändring, omvandling, instabilitet och värdekonflikter.

Samtidigt måste beredskapen byggas upp för att möta en rad framtida utmaningar:

- Resurserna, som i bästa fall blir oförändrade jämfört med nu.
- De växande kraven på vården, exempelvis kunnigare patienter, mer avancerad teknologi, en hög andel äldre i befolkningen.
- Den allt betydelsefullare utvärderingen av vårdens effekter och resultat.
- Behovet av att sätta gränser, alltså att prioritera. Där är befolkningsutvecklingen en viktig grund för beslut.
- Ändamålsenliga organisationsförändringar.
- Förmågan att hålla samman det komplexa produktionssystem som sjukvården är.

Johan Calltorp underströk ytterligare att kraven från patienterna kommer att öka. Patienterna blir mer kunniga och mer medvetna. För att kunna uppfylla de krav som meborgarna ställer, måste rollerna vara tydliga. Politikerna ska stå för värderingar, prioriteringar och

dialog, medan sjukvårdsorganisationen svarar för vården med kompetens och kvalitet.

Dålig service kan vara ett starkare hot än pengabrist mot en god sjukvård. Här är ledarskapet viktigt för framgång. Löner och rekrytering är viktiga styrmedel och då handlar det inte bara om pengar. En god arbetsmiljö är viktig, vilket inte minst den aktuella debatten visar.

Han konstaterade också att sjukvården är samhällets mest komplexa organisation. Den är i högre grad ett kunskapsföretag än något av det som i dagligt tal kallas kunskapsföretag.

Svensk hälso- och sjukvård utvecklas i samklang med internationella tendenser. På sikt kommer hälso- och sjukvårdsorganisationerna i EU-länderna att närma sig varandra.

Rena marknadslösningar inom sjukvården, som i USA, fungerar inte bra. Det gör inte heller den hårt styrda modell som fanns i forna Sovjet. Erfarenheterna från dessa båda system håller på att utvecklas i en tredje väg, främst i Storbritannien och Sverige. I Storbritannien infördes en beställarutförarmodell 1989, vilken finns kvar med vissa justeringar.

En del säger att den svenska beställarutförarmodellen startade i Göteborg 1980. Andra säger att den startade i Dalarna eller Stockholm. Hur det än är med historien så har flera olika varianter vuxit fram, med det gemensamma draget att de symboliserar en ny och decentraliserad struktur.

Johan Calltorp tecknade följande tendenser:

- beställarutförarmodellen konsolideras
- traditionen med lokala experiment och modeller ger styrka i utvecklingen
- långsiktighet och kompetensuppbyggnad är avgörande faktorer för framgång

- större landsting

- landstingen utvecklas som finansiärer och beställare

– Jag ser ett sjukvårdssystem där den gemensamma finansieringen är kvar. Finansieringen kommer via landstingen men vården kommer att ges av en mångfald producenter.

Per Carlsson konstaterade att beställarutförarmodellen är ett oskarpt fenomen. Det kanske är en förklaring till att beställare upplever svårigheter. Han gav råd för hur beställarna kan utveckla sitt arbete.

– Modellen har kommit för att stanna. Gå vidare i små steg. Reglera genom avtal. Bygg upp kompetensen. Om inte beställaren har kunskap att diskutera med vårdgivarna, hur ska de då kunna beställa en bra vård?

När det gäller ledarskapet uppmanade han:

– Våga gå före in i det okända. Ta ansvar för att resultat ska nås. Våga tolka önskemål.

Beställaren är framför allt processledare. Han/hon fungerar som budbärare mellan patienter och producenter och mellan politiker och producenter.

Beställarens roll har blivit uppskattad och uppvärderad, eftersom beställaren har en unik kompetens. ■

Deltagarna samlades till fiolmusik, spelad av tre elever från Musikkonservatoriet i Falun.

Landstingsrådet Sören Bertilsson, Dalarna, inledde:

– Befolkningsperspektivet är förutsättningen för en god hälso- och sjukvård. För oss politiker är det viktigt med samarbete mellan politiker och beställare, sade han.

– Utvecklingen i Dalarna är densamma som i många andra län. Befolkningen minskar. De äldre stannar kvar och de behöver våra insatser. Hur ska vi klara att ge samhällsservice när underlaget minskar?

Aktuell forskning om äldreproblematiken

Claes Herlitz

Claes Herlitz började med att konstatera att de flesta äldre mår bra och lever ett aktivt liv. En pensionär i dag är mycket friskare än för 10–20 år sedan, beroende på bättre ekonomi, bättre mat och mindre slitsamt arbete än förr. Negativa motfaktorer är ökad rökning och benskörlighet hos kvinnor, men det påverkar inte den positiva trenden.

Personer mellan 65 och 75 år är generellt aktiva personer med god ekonomi som deltar aktivt i samhällslivet och har rätt bra kontakt med släkt och vänner. Det har också visat sig att många i åldern 85–90-årsåldern klarar sig bra. De kan bo hemma och deras psykiska och fysiska förmåga är inte särskilt nedsatt.

Claes Herlitz varnade för att betrakta

äldre som en homogen grupp. Gamla människor har mycket mer mångskiftande hälsa än yngre. Samtidigt konstaterade han att många äldre är sjuka och behöver olika former av vård. Ju äldre människor blir, desto vanligare är det att de har flera sjukdomar samtidigt.

För att öka kunskapen och därmed förbättra de äldres villkor, betonade han några områden där ytterligare forskning är särskilt angelägen:

- Studier av vårdkedjor. Hur fungerar samverkan emellan exempelvis korttidsvård, geriatrisk vård, växelvård och anhängigvård. Hur fungerar övergången mellan olika vårdformer? Var finns problemen?

- Studier av samspelet mellan offentlig och frivillig samverkan inom äldre vården. En vanlig föreställning är att en stark offentlig sektor ger svag frivillig sektor och tvärtom. Forskning är en nödvändig grund för beslut om stöd till äldres anhöriga.

- Salutogenetiskt (hälsoalstrande) perspektiv. En del människor blir inte sjuka, trots att de genom livet utsätts för omständigheter som gör att de borde bli det. Andra som ofta har varit sjuka när de var yngre kan få en bra ålderdom. En forskning om sådana för-

hållanden kan ge kunskap som ökar människors förmåga att ta hand om sina problem. Sjukvårdens kostnader minskar och inte minst de äldre är betjänta av detta.

- Studier av kvaliteten i hemtjänst och hemsjukvård. Var går den kritiska gränsen för hur länge de äldre kan bo hemma? Hur kan samverkan mellan hemtjänst, sjukvård och anhöriga fungera så att en gammal människa får det bra?

- Djupgående studier av särskilda äldreboenden. Det har visat sig att de äldres behov inte alltid kan tillgodoses. För att förhållandena ska förbättras, borde olika typer av äldreboenden studeras. Utifrån det kan handlingsprogram göras.

- Lokalt inriktade framtidsstudier om äldre vården. De görs bland annat på gundval av befolkningsstatistiken för att ge långsiktig handlingsberedskap. Dalarnas forskningsråd har startat en sådan studie tillsammans med Leksands kommun.

- Äldreforskning i samverkan mellan forskning och praktik. Forskare kan ibland välja fel ämnen att forska om, i alla fall enligt praktikernas synsätt. För att forskningen ska bli så ändamålsenlig som möjligt krävs en samverkan. Planer finns exempelvis vid Dalarnas forskningsråd att skapa ett discussionsforum där forskare och vårdpersonal har lika stort inflytande.

Claes Herlitz underströk slutligen att äldreområdet behöver både traditionellt inriktad akademisk forskning och praktiskt inriktad forskning och utveckling. Dessutom blir det allt viktigare med samverkan mellan de huvudmän som ansvarar för äldre frågor. ■

Regeringens syn på äldre frågor

Helena Axenstam

Regeringens inställning till äldre vården grundar sig på tre huvudprinciper:

1. Den ska vara demokratiskt styrd. Besluten fattas i folkvalda församlingar.
2. Solidarisk finansiering genom skatter.
3. Tillgång efter behov.

Sedan 1998 finns en nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Den kom till bland annat efter rapporter om brister i bemötandet av äldre. Fyra nationella mål säger att de äldre ska

1. leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
2. åldras i trygghet och oberoende
3. bemötas med respekt
4. ha tillgång till god vård och omsorg.

I riksdagsbeslutet om årets statsbudget slogs fast att äldre vården är ett prioriterat område. Det innebär exempelvis ökat stöd till anhängigvård, stöd till fortbildning av personal i äldre vården och forskning om äldre och åldrande. Tre nationella institutioner inom äldreforskning ska bildas och starta sin verksamhet under 2001.

Dessutom betonas att tillsynen av de äldres vård och omsorg är viktig. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har fått tydliga uppmaningar om att sam-

Helena Axenstam är departementssekreterare på Socialdepartementet. Tfn: 08-405 10 00 helena.axenstam@social.ministry.se

Claes Herlitz, dr med sc, är ansvarig för forsknings temat "Äldres levnadsvillkor" vid Dalarnas forskningsråd. Tfn: 023-394 73 claes.herlitz@dfr.se

arbete när det gäller tillsynen.

Helena Axenstam sade att det är viktigt att samarbetet mellan olika huvudmän inom vård och omsorg fungerar. Det kan gälla regionala FoU-centra, uppsökande verksamhet och läkarinsatser i särskilda boenden. Dessutom måste kommuner och landsting göra strategiska planer för vården, på grundval av befolkningspyramiden.

– Om inte samverkan fungerar, kommer regeringen att återkomma med särskilda åtgärder, sade Helena Axenstam.

Hon betonade också hur viktiga de hälsofrämjande åtgärderna är. Exempelvis har Nationella folkhälsokommittén en särskild grupp som arbetar med äldre frågor. Den ska komma med ett delbetänkande i sommar och slutbetänkande nästa sommar.

1999 är FN:s internationella äldreår. Socialministern har därför skickat ut 15 000 brev till politiker och beslutsfattare i hela landet med uppmaningen att diskutera äldre frågor. Förhoppningen är att hela samhället ska engageras. God äldre vård och omsorg är inte en fråga för bara regering och riksdag utan för hela samhället.

Helena Axenstam tog upp regeringens inställning till privata entreprenörer i vården. Grunden för vården är att den ska vara demokratiskt beslutad och fördelad. Den som utför vården ska göra det med kompetens och kvalitet, däremot finns inget sagt om organisationsformen. Konkurrens kan öka det ekonomiska ansvarstagandet inom hälso- och sjukvården, men ökad upphandling ställer stora krav på beställarna. Enligt socialministern är det viktigt att kompetensen höjs på beställarområdet och att den vård som handlas upp är den som medborgarna vill ha. ■

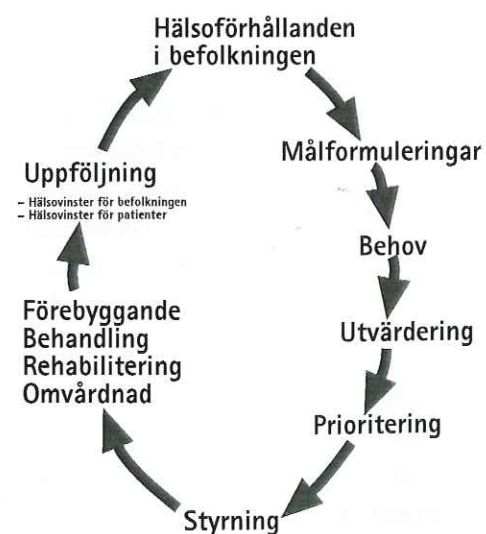
Beställning av hälso- och sjukvård för befolkningen över 74 år

– ett exempel från kompetensutvecklingsprogrammet

Sven Larsson

En grupp inom nätverkets kompetensutvecklingsprogram har studerat beställning av hälso- och sjukvård för dem som är äldre än 74 år.

Gruppen använde "beställarcykeln" som en teoretisk modell för hela planeringsprocessen och beställarverksamheten. Här följer några reflektioner kring modellen och de olika delarna i den.



Beställarcykeln är en bra teoretisk modell att använda som grund för planering.

Statistik från Hedemora kommun användes som grund för arbetet. En tiondel av befolkningen, 1 700 personer, är 75 år eller äldre.

För att kunna definiera vilka behov de har, delades gruppen in i tre:

- De som är så sjuka att de behöver stora insatser dygnet runt och därför bor i särskilt boende.
- De som kan bo hemma men behöver kommunens äldreomsorg och landstingets hemsjukvård.
- De som klarar sig på egen hand men kan behöva tillfälliga vårdinsatser och förebyggande åtgärder.

Måldiskussionen gav till resultat att "ett gott liv" sannolikt var det viktigaste för de äldre, jämfört med exempelvis "ett långt liv".

För att nå målet krävs en rad åtgärder som kommunen kan ge. Det är åtgärder som tränar upp kvarvarande funktioner, kompensatoriska åtgärder, stöd och miljöanpassning.

Utvärdering ger hjälp att välja metoder och program som visat sig vara effektiva. Då är det viktigt att verkligen använda den dokumentation av metoder som finns. Det görs inte alltid.

När det gäller prioritering är det ofta problem med balansen mellan att ge vård till dem som har störst behov och det som ger störst hälsovinst för hela gruppen.

Styrning förknippas nästan alltid med ekonomistyrning. Men styrning kan göras med många olika instrument, som regler, avtal, information och nätverk. När det gäller äldre vården är svårigheten att olika organisationer med olika styrsystem är inblandade. Kanske har de också skilda värderingar och mål.

Uppföljningen beror helt på att målen formulerats tydligt och mätbart från början. Målen om livskvalitet för äldre finns sällan registrerade. Det är också

så att de data som registrerats ibland betraktas som en enhets egendom. Det innebär ytterligare svårigheter i uppföljningen.

Gruppens slutsatser efter arbetet är att dagens informationssystem och statistik inte klarar de krav som behovsbaserad befolkningsinriktad planering och effektmätning i hälsotermer ställer. Mycket utvecklingsarbete behövs. Nätverket har som en viktig uppgift att se till att utvecklingen görs gemensamt och att erfarenheter delas.

Allmänna slutsatser är att beställaren ska utveckla kompetens i användning av de metoder och underlag som finns och göra informationen tillgänglig för beslutsfattare. Beställarens uppgift är också att initiera, driva och följa planeringsprocessen, lyfta fram helheten och vara en länk mellan olika vårdområden, finansärer och politiker.

Sven Larsson tillade att beställarens arbete måste ha samma egenskaper som ett brett projekt- eller programarbete. Det ska ha hög kvalitet på kunskap, skapa insikt, ge överblick och förståelse för samband, visa på komplexitet, ge underlag för prioriteringar och blicka framåt. ■

Sätt gemensamma mål för äldre vården

Detta föredrag av Gösta Andersson utgick på grund av tidsbrist. Det bygger på ett arbete om äldre vård från nätverkets kompetensutvecklingsprogram som kan läsas i boken "Att beställa hälso- och sjukvård" på sidan 147.

Slutsatsen från det arbetet är att de äldres hälsa är ett gemensamt ansvar för kommun och landsting. Dessa båda huvudmän bör därför sätta gemensamma mål för vården av de äldre samt utveckla sådana system som är nödvändiga för en relevant uppföljning av målen. ■

Sven Larsson, chef för samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
Tfn: 019-15 10 00
sven.larsson@orebroll.se

Beställarnätverkets handlingsprogram – arbetsläget

Anders Östlund

Anders Östlund är avgående koordinator i nätverket.
Tfn: 031-63 06 05
anders.ostlund@vgregion.se

Arbetet med beställarnätverkets handlingsprogram gäller områden där ökad kunskap och ytteligare utveckling behövs. I handlingsprogrammet 1997-1998 ingår nio utvecklingsprojekt som drivits eller drivs av olika landsting i samverkan.

Anders Östlund berättade om de olika projekten och konstaterade att de bidragit till att ny kunskap tagits fram på kort tid. Dessutom har den kunskap som finns sorterats.

– Är vi inte bra på de områden som finns i handlingsprogrammet, då är vår roll som beställare utspelad om några år, sade han innan han presenterade projekten:

1. Utveckling av modell för att upp-

skatta invånarnas behov av hälso- och sjukvård. Nästa steg i projektet är att hitta områden för att pröva teorin i praktiken.

2. Att gruppera befolkning och sjukdomar ur ett behovsperspektiv.

3. Analys av sjukdomsgrupper ur beställarperspektiv.

4. Nyckeltal för jämförelser. Nyckeltalen ska göra jämförelser möjliga över landstingsgränser och mellan olika huvudmän.

5. Utveckla kunskap om ersättningsmodellens harmoni med önskvärt beteende. Ersättning är ett viktigt styrmedel i arbetet. Projektet har dock inte kommit igång så snabbt som det var tänkt.

6. Skapa utvecklingsplattform för politiker med beställaruppdrag.

7. Utveckla arenor för erfarenhetsutbyte mellan beställare/medarbetare. Exempel på sådana arenor är riksstämman, programmet för kompetensutveckling och nätverkets hemsida.

8. Kvalitetsutveckling ur ett beställarperspektiv. Framför allt görs en uppföljning av hur patienterna upplever kvaliteten.

9. Utveckla nationellt samarbete med SBU, Landstingsförbundet, SPRI, socialdepartementet, socialstyrelsen m.fl.

Projekten finns utförligt redovisade i skriften "Beställarnätverkets handlingsprogram 1997-1998". ■

Att vara politiker och befolkningsföreträdare

Bengt Valdemarsson och Staffan Lindvall

Bengt Valdemarsson konstaterade att den vårdpolitik som förts under de senaste decennierna ersatte politikernas närhet till befolkningen med byråkrati och tjänstemän. Politikerna placerades i övre delen av pyramiden, längst bort från människorna.

– Nu återgår vi till vår gamla roll att företräda befolkningen och att verka ute i samhället, nära behoven. Men vi har arbetat i ett produktionsperspektiv och omställningen blir tung.

Komplexiteten i sjukvården ökar. Ädelreformen gör att vården av äldre sköts av flera huvudmän, vilket har ställt nya krav. Efter fyra år har dialogstadiet nåtts.

Bengt Valdemarsson tyckte att dynamiken mellan verksamhetsföreträdare och befolkningsföreträdare är nyttig för politikerna.

– Det är i befolkningsföreträdarrollen som politiken finns. Bland befolkningsföreträdarna finns gerillarörelsen och den driver utvecklingen. Försvinner den så försvinner kraften.

– Det demokratiska inflytandet över vården är viktigast för mig. Det är den stora utmaningen för oss politiker. Vi

politiker ska ta vara på det som beställarnätverket kommit fram till. Våldiga processer är igång. Därför är det viktigt med ett nätverk som stöttar.

Staffan Lindvall tyckte att alla inom hälso- och sjukvården ska lära av sköldpaddan. Den tar sig fram bara när den sticker ut huvudet. Det handlar alltså om att gå före in i det okända och det kan man göra på många olika sätt. En del ser möjligheterna framåt. En del längtar tillbaka och det är mänskligt.

I vår komplexa tid är det kanske inte lätt att veta var målet ligger och det är svårt att peka med hela handen. I stället växer en mer sammansatt bild fram där många olika instrument behövs för att ta sig framåt.

Politikern ska lyssna på många; befolkningen, det egna partiet, kommunen, patienter, vårdpersonalen och myndigheter. Flera av dem kan också representera särintressen, exempelvis patientgrupper, personalen och i viss mån kommunerna.

Den framgångsrika politikern måste ha en egen plattform och sedan arbeta med en lagom balans mellan lyssnande och handlande.

Staffan Lindvall formulerade några drivkrafter för politiker som beställare:

- Återskapa förtroendet för politikernas uppdrag på befolkningens sida.
- Friare agerande.
- Öppna för andra driftformer i vården.
- Ekonomiskt ansvar.
- Påverka för att nå ett visst mål.
- Förändra referenser och beteenden.

Styrning brukar användas främst när det gäller ekonomi, men begreppet har många andra dimensioner. De finns väl formulerade i boken "Att beställa hälso- och sjukvård" på sidan 53 och framåt.



Bengt Valdemarsson är politiker i Landstinget Gävleborg.
Tfn: 026-15 57 00
bengt.valdemarsson@lg.se

Staffan Lindvall är kansli-
chef för hälso- och
sjukvårdsnämnden
i Hudiksvall, Landstinget
Gävleborg.

Tfn: 0650-927 80
staffan.lindvall@hsnh.lg.se



Staffan Lindvall menade slutligen att det finns några kritiska frågor som politikerna bör ha i bakhuvudet:

- Kan politiker som är yrkesverksamma utanför vårdens inre arbete förstå och besluta om vårdens förutsättningar?
- Kan beställarpolitiker beställa strukturförändringar?
- Kan politiska prioriteringar omvandlas till resultat?

Bengt Valdemarsson poängterade att politikerna ska vara där folk finns och tecknade några sätt att nå befolkningen för att bli deras företrädare:

- Via arenor som Domus, torget, ishockeymatcher.
- Mässor om hälsa.
- Skrifter om medborgarnas rättigheter.
- Broschyr om egenvård.
- Studiecirklar om framtidens hälso- och sjukvård. ■

Att analysera befolkningens behov av hälso- och sjukvård

Anders Östlund, Per-Erik Liss, och Axel Bergh

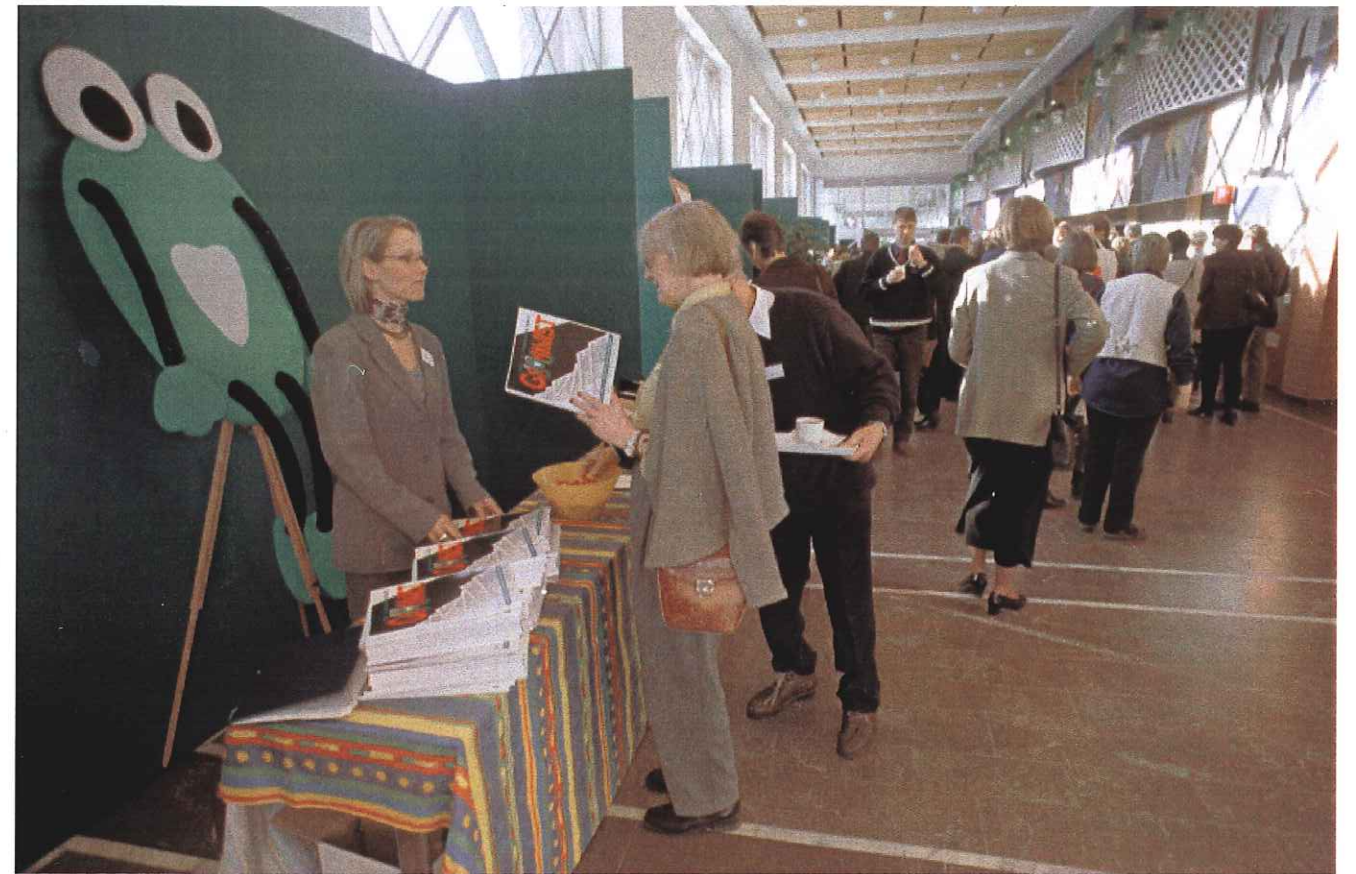
Hälso- och sjukvården ska byggas upp efter invånarnas behov, enligt lagen. Men behov är ett begrepp som är svårt att definiera. Det är också svårt att utveckla modeller och processer för att mäta och tillfredsställa medborgarnas behov.

Inom beställarnätverkets kompetensutvecklingsprogram har man dock kommit fram till ett sätt att nå en bit på vägen. Per-Erik Liss från Linköpings universitet har medverkat i programmet med att presentera en modell av hur behov kan definieras.

Ett behov kan betraktas som gapet mellan aktuellt tillstånd och ett önskvärt tillstånd. När det gäller hälsa är behovet gapet mellan nuvarande hälsotillstånd och önskat hälsotillstånd. En åtgärd som inte är verksam för att minska gapet är onödig. En åtgärd som kan minska gapet är däremot nödvändig.

Man kan tala om två olika sorters behov:

- Behov som ohälsogap (hälsorelaterat behov).
- Behov som nödvändig åtgärd (åtgärdsbehov).



En modell för bedömning av vårdbehovet är:

1. Bedöm aktuellt hälsotillstånd.
2. Fastställ hälsomålet.
3. Bedöm vilka resuser eller åtgärder som är nödvändiga.

Det är målen som avgör vilka åtgärder som behövs. Exempelvis kan målet för en patient vara att han/hon ska klara att sköta den personliga hygien. De åtgärder som behövs för att nå det målet är helt andra än om målet för samma patient är att återgå till sitt arbete.

Under den efterföljande diskussionen togs olika frågeställningar upp som knöt an till hur behov ska definieras.

- Vem sätter målen?
- Hur ska vi ställa oss till tvångsvård?
- Är det läkarens uppfattning om behov som ska gälla?
- Människor uppfattar sin hälsa olika. Vissa uppfattar sig som sjukare än de är och tvärtom. ■

Per-Erik Liss, fil. dr. vid Linköpings universitet.
Tfn: 013-28 22 01
PeLis@Tema.LiU.se

Axel Bergh, beställarchef, Västra Götalandsregionen.
Tfn: 0303-684 94
axel.bergh@bll.se

Göran Maathz, nätverkets nye koordinator.
Tfn: 0155-24 58 77
Göran.Maathz@lk.dll.se

Back mirror

Göran Maathz

– När verksamheterna blir så kundorienterade att beställarna inte behövs, då är det bra, då har vi nått vårt mål. Men tills dess har vi ett viktigt arbete att göra, inledde Göran Maathz den sista stämmodagens program.

Han redogjorde för några citat från föregående dagars föredrag som berört honom särskilt:

– Avgörande för beställarnätverkets framtid är långsiktigt arbete och kompetensutveckling. Johan Calltorp.

– Vi beställare är en del i en utveckling som skett under tiotals år. Per Carlsson.

– Mångfalden av produktionslösningar för utvecklingen framåt. Johan Calltorp.

– Nätverkens framgång beror på deras förmåga att ligga i utvecklingens framkant. Sören Bertilsson.

– Se äldre som individer, inte som en homogen grupp. Claes Herlitz. ■

Nätverkets handlingsprogram

Gösta Andersson

Gösta Andersson presenterade den nya handlingsplanen för nätverket 1999-2000. Det innehåller sju huvudpunkter:

- Hälsöfrämjande strategier.
- Behov av hälso- och sjukvård.



- Kvalitetsutveckling.
- Styrning.
- Uppföljning.
- Beställarrollen – implementeringen. Hur ska vi kunna översätta all information om befolkningen till en definition av patienters behov?
- Skapa utvecklingsplattform för politiker med beställaruppdrag, vilket innebär stöd till politikernätverket. ■

Politiker- nätverkets framtid

Bengt Valdemarsson

En arbetsgrupp har utsetts för att arbeta vidare med ett nätverk för beställarpolitiker. Eventuellt kommer erfarenhetsseminarier att anordnas under det närmaste året.

Arbetsgruppen leds av Ingela Eriksson Västra Götaland. ■

Patient- perspektiv behövs även i äldrevården

Toivo Heinsoo

Andelen äldre i Sverige är bland de högsta i världen. Även om äldre generellt är ganska friska så ökar vårdbehovet med stigande ålder. Under de senaste åren har antalet vårdtillfällen för äldre ökat. Däremot är antalet oförändrat för yngre människor. Det är också så att vissa operationer görs i allt högre åldrar och har därmed ökat i antal, exempelvis gråstarr, kranskärl och höftleder.

Toivo Heinsoo ser fyra utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården:

- Patientens ställning stärks, exempelvis genom ny lagstiftning från 1/1 1999 som bland annat ger rätt att välja vårdgivare. Den kraften kommer att växa och ställa stora krav på nuvarande organisation.
- Bättre tillgänglighet. Människor vill ha snabba besked, komma till sjukhus snabbt, få träffa en läkare snabbt.
- Fortsatt snabb utveckling av medicinska metoder, tekniker och läkemedel. Det kommer att ge en ny situation vid behandlingen av många sjukdomar.
- Utvärderingar görs snabbare, kunskapsutbytet ökar, dåliga eller omoderna metoder försvinner.
- Beställarfunktionen leder förändringen och förbättringen av svensk

hälso- och sjukvård. För att de äldre patienterna ska få det bättre krävs ny-tänkande på många områden.

- Systemförändringar. Vårdtiderna på sjukhus förkortas, vilket förutsätter nya former för samverkan mellan landsting och kommuner. Patienterna är äldre än förr och behöver mer stöd efter sjukhusvistelsen.
 - En diskussion måste föras om hur patienternas intressen och behov bättre kan infrias i det speciella äldreboendet. Idag får patienterna ofta för mycket medicin.
 - Äldre kräver annan information än vad vi kan ge idag.
 - Beställarna måste i högre grad föra dialog med olika patientgrupper.
- Det kommer att ställas krav som vi inte varit vana vid. Men kraven kan ge utveckling och är en oerhört stor utmaning, sade Toivo Heinsoo. ■



Toivo Heinsoo, direktör för Landstingsförbundet.
Tfn: 08-702 45 31
toivo.heinsoo@lt.se

Den gemensamma beställningen i äldre vården

Lars-Erik Skoglund

Lars-Erik Skoglund, s, är ordförande i lokala hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Borlänge och i kommunens omsorgsnämnd.

Tfn: 0243-746 43

Fax: 0243-49 74 16

Socialdemokraterna i Borlänge har sedan länge haft strategin att samordna kommunens och landstingets verksamhet.

– Det gör vi för att borlängeborna ska få så mycket som möjligt för skattepengarna. Byråkratin minskar och därmed kostnaderna.

År 1991 ansökte Borlänge hos riks försäkringsverket om att få utöka samverkan mellan kommun, landsting, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Nu har dessa parter tecknat ett samverkansavtal.

– Det ska leda oss från det ekonomiska

revirtänkandet och i stället använda våra gemensamma resurser så kraftfullt som möjligt. Det blir billigare för samhället och enklare för invånarna.

Lars-Erik Skoglund konstaterade att de styrmodeller som välfärdssamhället byggdes upp med inte håller längre. Samhället måste sluta krångla med detaljregleringar. Befolkningen kan ställa krav själv. De politiker och tjänstemän som inte förstår det, kommer att hamna i bakvatten.

– Ta 40-talisterna som exempel. Inte kommer de som äldre att finna sig i att bo flera i samma rum på sjukhem eller att ligga i sjukhuskorridorer.

Lars-Erik Skoglund tog upp behovet av personal som ett viktigt område i hälso- och sjukvården.

– Under de senaste tio åren har vi inte lyckats klara personalbehovet. Vi måste lära oss bedöma och styra det i framtiden.

En nyhet i Borlänge för äldre är den trygghetsavdelning med 6–8 platser som planeras på Borlänge sjukhus. Den ska lösa problem som kan finnas i skarven mellan landsting och kommun. Detta aktualiserades särskilt den heta sommaren 1997 då många äldre mår dåligt och fick åka mellan olika vårdinstitutioner. ■



Aktuella sjukvårdspolitiska initiativ

Mikael Sjöberg

Det viktigaste politiska beslutet för hälso- och sjukvården var bildandet av näringsdepartementet i höstas. En bra hälso- och sjukvård är inte en socialförsäkringsfråga. Avgörande är i stället att landet har god tillväxt, stabil ekonomi och låg arbetslöshet. Skola och utbildning är viktigast för att frigöra människor så att de kan få ett gott liv.

Mikael Sjöberg sade att regeringen inte ser någon kris i sjukvården. Svensk sjukvård har hög standard, men visst finns det problem. Och upplever människor att det är kris, så måste deras synpunkter tas på allvar.

– Vi ser ingen kris, men vi ser problem med tröttkörd personal och problem med rekrytering. Det är dock problem som går att lösa. Att göra ordentliga planer och andra insatser för rekrytering är ett prioriterat område nu och för framtiden.

Han förutspådde fortsatt högt tryck på omorganisationer, rationaliseringar och effektiviseringar i vården.

– Men effektivitet är inte samma sak som att springa fortare i korridorerna. Det handlar om att göra rätt saker. Naturligtvis måste vi bli bättre på att mäta effektivitet i vården.

Mikael Sjöberg trodde att sjukvårdens del av BNP kommer att öka och att resurserna för vård ökar. Samtidigt



Mikael Sjöberg är statssekreterare och socialministerns närmaste man.

Tfn: 08-405 10 00

mikael.sjoberg@social.ministry.se

kommer politikerna att ställa krav på effektivitet.

– Det räcker inte med att visa vilka insatser som gjorts. Det viktiga är att veta om insatserna ger effekt.

Han pekade på ledarskapet i hälso- och sjukvården som ett viktigt område.

– Det måste vara svårt att leda en verksamhet som i grunden har ett tredelat ledarskap – det medicinska, det politiska och det administrativa.

I Stockholm diskutera att införa sjukhusstyrelser som inte har några politiker. Många andra exempel finns på olika sätt att förändra ledarskapet.

Mikael Sjöberg tror att patienternas påverkan på sjukvården kommer att öka.

– En bra diskussion kommer att växa fram och de allt kunnigare patienterna kommer att skapa ett tryck på inre utveckling i vården. ■

Avslutande ord:

– Glöm inte bilden av mötet mellan patienten och den som ger vård. Vår viktiga uppgift är att se till att det mötet blir bra. Gösta Andersson.

– Jag har aldrig varit med på en så stor konferens där jag har knutit så många nya och olika kontakter. Sluta inte upp med att vara gerillarörelsen inom svensk hälso- och sjukvård! Bengt Valdemarsson.

Utställare:

PION, patientinformation on line. Sjukhusbiblioteken i Värmland, Kalmar län och Dalarna.

Beställarnätverket, bland annat uppkoppling till hemsidan <http://www.bll.se/> bestall

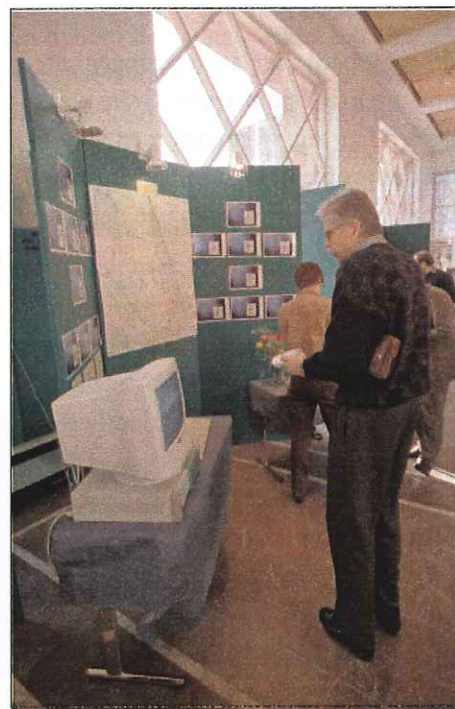
Avancerad hemsjukvård i Dalarna.

Hälsofrämjande sjukhus. Nätverk med över 300 sjukhus i 35 länder.

Picker Europe. Undersökningar om vårdkvalitet.

Grönkvist. Ett projekt i Västmanland för bättre ekonomi och hälsa.

Bergslagssamverkan. Ett samarbete i folkhälsofrågor mellan sju kommuner i Västmanland och Dalarna.





www.bll.se/bestall