

Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar

Lägesrapport 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-12-7
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2015

Förord

Socialstyrelsen har flera uppdrag inom ramen för regeringens satsning på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Ett av dem är att lämna en lägesrapport om utvecklingen av vården som rör dessa sjukdomar. Detta är den första av tre lägesrapporter. Rapporten är ett kunskapsunderlag och riktar sig i första hand till regeringen samt till landsting och regioner i det fortsatta arbetet med att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar.

I denna lägesrapport anläggs ett historiskt perspektiv på hur svensk hälso- och sjukvård har utvecklats över tid och vilka konsekvenser detta har fått för vården av denna patientgrupp. En särskild fördjupning gäller i vilken utsträckning och på vilka sätt som kroniska sjukdomar har uppmärksamats i statens offentliga utredningar under de senaste två decennierna. Dessa delar bygger på arbeten som har utförts av fil.dr Tony Gustavsson vid Uppsala universitet. Därutöver görs en beskrivning av hur primärvården och medicinsk behandling har utvecklats sedan 1970-talet. Denna bakgrund har tecknats av professor emeritus Lars Borgquist. I projektet har en referensgrupp med deltagare från Svenska Läkaresällskapet, Svensk förening för allmänmedicin samt Svensk sjuksköterskeförening ingått som kunskapsstöd.

Martin Jansson har varit projektledare och Jenny Asplund har bidragit till arbetet med en internationell utblick. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Uppdraget	9
Bakgrund	9
Syfte med den första lägesrapporten	11
Avgränsningar och metod	12
Historiskt perspektiv	15
Ett 200-årigt perspektiv	15
Kroniska sjukdomar i utredningsväsendet	34
Sammanfattande iakttagelser och slutsatser	45
Nulägesbild av vården för personer med kroniska sjukdomar	50
Primärvårdens betydelse för vården av personer med kroniska sjukdomar	50
Pågående arbete för ökad patientcentrering	54
Sammanfattande diskussion	59
Bilaga 1. Deltagare i referensgrupp	61
Deltagare i Socialstyrelsens referensgrupp	61
Bilaga 2. Internationell utblick	62
Referenser	67

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdssystemet är komplext och under ständig förändring. Förändringarna beror i hög grad på teknisk och medicinsk utveckling men också på exempelvis vårdideologiska ställningstaganden, vårdstrukturens utformning och de hälso- och sjukvårdspolitiska beslut som gestaltat den. Vissa förändringar är grundläggande systemförändringar medan andra är mer tillfälliga.

I denna första lägesrapport beskrivs vården för personer med kroniska sjukdomar, framför allt ur ett historiskt perspektiv. Syftet är att visa hur denna vård har vuxit fram och utformats i relation till hälso- och sjukvården över tid, men även hur hälso- och sjukvårdspolitiska beslut har kommit att forma vården för personer med kroniska sjukdomar i vår egen tid. Rapporten innehåller en särskild fördjupning av i vilken utsträckning och på vilka sätt som kroniska sjukdomar har uppmärksamats inom statens offentliga utredningar under de senaste två decennierna, och det ger dessutom en samlad bild av hur vården för denna patientgrupp har beskrivits och problematiserats.

Historiskt har vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra sjukvårdsområden. Mer specifikt har den påverkats av vårdpolitiska frågor som ligger utanför dess eget område, exempelvis frågan om fattigvården och äldreårdens genombrott, eller frågor som var aktuella under 1990-talets ekonomiska kris. Sammantaget går det att identifiera ett antal vårdstrukturella faktorer som har sitt ursprung långt tillbaka i tiden och som har bidragit till att Sverige i dag har relativt sett få allmänläkare och en svag primärvård:

- Betoningen har legat på sluten vård.
- Vårdresurser har centraliserats till sjukhusväsendet.
- Tonvikten har legat på specialisering.

Dessa faktorer har även bidragit till ytterligare en strukturell omständighet som gör det svårt att utveckla en patientcentrerad vård, nämligen att svensk hälso- och sjukvård till stora delar är uppbyggd för att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Personer med kroniska sjukdomar behöver dock en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa sjukdomsförlopp med ett stort behov av en kontinuerlig vård som gör patienten delaktig i vård och behandling. Här uppstår en konflikt mellan hälso- och sjukvårdssystemets produktionslogik och patienternas långsiktiga vårdbehov.

Problemen är alltså strukturella, och det blir särskilt tydligt när man beaktar att de beslut om en stärkt primärvård och ett ökat antal allmänläkare som regering och riksdag har fattat under de senaste 30 åren inte har lett till avsedda resultat.

En slutsats är därmed att det behövs mer kunskap om primärvårdens nära förhållande till utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Mycket tyder också på att det behövs en stark primärvård för att utveckla en långsiktigt hållbar och patientcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar.

Inledning

Uppdraget

Inom ramen för regeringens satsning på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, har Socialstyrelsen i uppdrag att lämna lägesrapport om utvecklingen av denna vård. En rapport ska lämnas till Socialdepartementet senast den 1 december 2015, 2016 och 2017, och i rapporteringen ingår också att lämna förslag till insatser för att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar.

Denna rapport är således den första av tre. I nära anslutning till denna rapport publicerar Socialstyrelsen en öppen jämförelse av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Bakgrund

Nationella strategin 2014–2017

Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftar till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige. Bakgrunden till strategin beskrivs enligt följande:

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Bättre vård är också viktig för samhällsekonomin. När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Vården av personer med kroniska sjukdomar står för en stor del av sjukvårdskostnaderna. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden. Det är därför av stor strategisk betydelse att vården förbättras. Det leder till en i alla delar mer långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Bättre vård förutsätter ökade möjligheter för patienterna att vara delaktiga i sin vård. Det förutsätter också att de förebyggande insatserna prioriteras mer. Dessutom krävs ett mer fokuserat och systematiskt arbete för att öka de nationella riktlinjernas genomslag.

I strategin lyfts följande förbättringsområden fram som särskilt viktiga:

1. patientcentrerad vård
2. kunskapsbaserad vård
3. prevention och tidig uppmärksamhet.

Områdena beskrivs på följande sätt:

1. Patientcentrerad vård innebär att personer med kroniska sjukdomar och deras anhöriga aktivt medverkar i vården och att deras individuella behov, preferenser och värderingar är vägledande när insatser för prevention och vård utformas. På detta område är behovet av utveckling stort. Patientens möjligheter att aktivt medverka i och styra sin egen vård behöver stärkas. Likaså måste patienterna ges bättre förutsättningar att skaffa sig kunskap om den egna sjukdomen och om bästa behandling. Patientcentrerad vård innebär också att vården samordnas och koordineras mellan vårdenheter och vårdnivåer. Det är mycket viktigt för patienter med kroniska sjukdomar som ofta har flera olika vårdkontakter. Det finns behov av att ytterligare utveckla vården på detta område.
2. Kunskapsbaserad vård innebär att den vård som erbjuds på alla områden och över hela landet ska baseras på bästa möjliga kunskap. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar är ett av verktygen för att säkerställa att alla patienter vid varje vårdkontakt erbjuds insatser som vilar på sådan kunskap. Det finns nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar såsom diabetes, stroke, hjärt- och kärlsjukdomar med flera. Uppföljningar visar dock att riktlinjernas genomslag i vården är allt för svagt. Därför behöver arbetet med att, utifrån riktlinjerna, forma lokala vårdprogram utvecklas. Utvecklingen behöver också i högre grad ske i samverkan mellan landstingen. Riktlinjerna behöver dessutom i högre grad anpassas till förutsättningarna i vården, särskilt till förutsättningarna i primärvården där riktlinjerna idag inte används i samma omfattning som i den övriga vården. Det finns behov av att bredda arbetet med behandlingsriktlinjer för att kunna omfatta fler kroniska sjukdomar.
3. Prevention och tidig uppmärksamhet, att tidigt uppmärksamma att en patient behöver stöd för förändrade levnadsvanor eller har tidiga symtom på någon kronisk sjukdom, är centralt både för att minska förekomsten av kroniska sjukdomar och för att minska komplikationerna för den som redan har en diagnos. Ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för insjuknande och utvecklingen av ett flertal kroniska sjukdomar. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver stärkas.

Inom respektive förbättringsområde vill regeringen se en utveckling som innebär att personer med kroniska sjukdomar är mer delaktiga i vård och prevention. Hälso- och sjukvården behöver i högre grad vara kunskapsbaserad och arbetet med prevention och tidig uppmärksamhet inom hälso- och sjukvård bör därför utvecklas. Inom dessa områden aviserade regeringen planer på ett antal insatser som ska förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Insatserna ska redovisas i årliga handlingsplaner. Satsningen bestämdes pågå under åren 2014–2017 och omfattar totalt 450 miljoner kronor.

Strategin ska ses som ett komplement till andra strategier och insatser som regeringen initierat. Bland dem finns den utbyggda vårdgarantin, den nationella cancerstrategin, strategin för en god och mer jämlik vård, den nationella strategin för e-hälsa och satsningen på de mest sjuka äldre.

Handlingsplan 2014

I en särskild handlingsplan beskriver regeringen närmare hur man avser att uppnå de mål som angetts i den nationella strategin genom 19 insatser inom de tre delområdena. Av planen framgår att strategin och insatserna i de årliga handlingsplanerna kommer att följas upp på insatsnivå och på övergripande nivå för att undersöka i vilken utsträckning insatserna bidrar till utvecklingen inom de tre förbättringsområdena i den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Uppföljningen ska ske kontinuerligt av Socialdepartementet i form av dialogmöten med de ansvariga aktörerna. Projekt som formas utifrån insatserna ska enligt handlingsplanen redovisas skriftligen till Socialdepartementet.

Hälsodataregistren och de nationella kvalitetsregistren pekas ut som viktiga källor i uppföljningen. Det står också att uppföljningen kommer att omfatta relevanta indikatorer som tidigare utvecklats inom ramen för bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer och öppna jämförelser.

I handlingsplanen beskrivs slutligen att Socialstyrelsen därutöver har ett uppdrag att 2014–2017 ta fram en årlig lägesrapport som beskriver utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Överenskommelse om kunskapsstöd och uppföljning

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt i januari 2015 en överenskommelse om kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Målet är att bidra till en jämlik, tillgänglig och säker vård av god kvalitet. Överenskommelsen omfattar ca 70 miljoner kronor för 2015. Medlen är bland annat avsedda för insatser som ska främja en mer kunskapsbaserad och patientcentrerad hälso- och sjukvård. Aktiviteterna bidrar till genomförandet av den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar.

Syfte med den första lägesrapporten

Det är svårt att beskriva utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar, exempelvis vad gäller avgränsningar, vilket behandlas i avsnittet som följer på detta.

I denna rapport läggs stor tonvikt på en historisk tillbakablick, för att visa var vården för personer med kroniska sjukdomar står 2015 och vilka strukturella utmaningar som omgärdar den. Syftet är att bidra med en kunskapsplattform till det fortsatta arbetet med att förändra denna vård i en långsiktigt hållbar riktning. Således fungerar denna lägesrapport som en grund för den fortsatta lägesrapporteringen och för de förslag till insatser som Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna när det gäller utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Avgränsningar och metod

Avgränsningar

Hälso- och sjukvårdssystemet är komplext och under ständig förändring. Förändringarna beror i hög grad på teknisk och medicinsk utveckling men också på exempelvis vårdideologiska ställningstaganden, vårdstrukturen och de vårdpolitiska beslut som gestaltat den. Vissa förändringar är grundläggande systemförändringar medan andra är mer temporära. Personer med kroniska sjukdomar är en heterogen grupp och de vårdas inom samma vårdssystem som alla övriga patientgrupper. Frågor att hantera är då till exempel om det går att särskilja förslag om vården för personer med kroniska sjukdomar från förslag om hela hälso- och sjukvårdssystemet, eller huruvida detta är önskvärt.

Uppdraget till Socialstyrelsen ger utrymme för en rad vägval, och av regeringens handlingsplan från 2014 framgår att lägesrapporten ska beskriva något *annat* än indikatorer eller resultat av handlingsplanens olika insatser. Ett utvecklingsarbete vid Socialstyrelsen har lett till att den fortsatta indikatorbaserade redovisningen i stället bygger på det underlag inför lägesrapporten, *Grund och struktur för lägesrapportering om kroniska sjukdomar*, som myndigheten lämnade till Socialdepartementet 2014. Den redovisningen presenteras i en särskild rapport som en öppen jämförelse i nära anslutning till denna. I den fortsatta lägesrapporteringen tar Socialstyrelsen i stället fasta på behovet av den kompletterande analys med annan kunskap som också påtalades i underlagsrapporten 2014.

Socialstyrelsen har diskuterat flera olika angreppssätt för en sådan kompletterande analys. Ett sätt kan vara att följa och beskriva utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar inom ett antal diagnoser eller diagnosområden. Då blir den specifika diagnosen eller diagnosgruppen central, möjligen på bekostnad av en fördjupad förståelse och kunskap om vården för dessa personer i bredare mening. Regeringen skulle på så sätt få en ökad kunskap om kvaliteten och effektiviteten inom exempelvis diabetesvården, strokevården eller den psykiatriska vården. Däremot, och därmed, ökar inte kunskapen om den problematik som är specifik för vården rörande denna patientgrupp, oavsett diagnos, vilket i stort inte ger något svar på frågan om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Ytterligare ett angreppssätt för att beskriva utvecklingen vore att utgå från prevalensen av kroniska sjukdomar hos befolkningen över tid. Det skulle på så sätt vara möjligt att beskriva hur effektiviteten och kvaliteten i hälso- och sjukvårdens insatser för personer med kroniska sjukdomar har utvecklats. Ett sådant angreppssätt är dock svårt eftersom det saknas en generell definition av vad som avses med kroniska sjukdomar och det råder brist på data om primärvårdens insatser.

Olika definitioner

I början av arbetet med denna lägesrapport gjorde Socialstyrelsen en internationell utblick för att bland annat se vilka definitioner andra länder som företagit satsningar på vården för personer med kroniska sjukdomar använt sig av (se bilaga 2). En tydlig definition är central för att med säkerhet kunna

uttala sig om utvecklingen inom ett givet område (vården för personer med kroniska sjukdomar) eftersom den tydliggör vad som ingår i denna utveckling och vad som inte gör det. För att belysa detta kan WHO:s definition av kroniska sjukdomar jämföras med den definition som regeringen tillämpar i den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar:

- WHO – ”Noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression.”
- Regeringen – ”I denna strategi avses sådana sjukdomar som en person har under sin livstid eller under mycket lång tid.”

Gemensamt för båda definitionerna är att tiden är en viktig aspekt. Dessutom framträder varaktigheten hos sjukdomen som ett utmärkande kännetecken. Däremot skiljer sig definitionerna åt i ett väsentligt avseende, nämligen att WHO:s definition exkluderar smittsamma sjukdomar medan regeringens definition inte gör det. En lägesrapport som tar utgångspunkt i prevalensen i befolkningen skulle alltså inte inkludera eller ta hänsyn till vården av personer med exempelvis hiv och aids, tbc, hepatit och vissa cancersjukdomar, med WHO:s definition. Detta exempel belyser både betydelsen av och svårigheten med att formulera en definition som tydligt markerar och avgränsar det område som lägesrapporten vill kunna säga något om.

Bristande tillgång på primärvårdsdata

I dag saknas betydelsefulla data om primärvårdens insatser, vilket gör det svårt att beskriva utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar med utgångspunkt i prevalens. En person med kronisk sjukdom kan vårdas inom den kommunala hemsjukvården, primärvården, specialistvården och den slutna sjukhusvården. Kvaliteten och effektiviteten i den kommunala hemsjukvårdens och primärvårdens insatser har en stark koppling till i vilken utsträckning patienter med kroniska sjukdomar behöver tillgång till specialistvården och den slutna sjukhusvårdens mer kostnadsdrivande insatser. I dagsläget är det dock endast Patientregistret som kan användas för att beskriva utvecklingen inom specialistvården och den öppna och slutna sjukhusvården. Utan ett primärvårdsregister är det endast en del av vården för denna omfattande patientgrupp som skulle inkluderas i en nulägesbeskrivning. En lägesrapport som endast vilar på data från specialistvården och den slutna sjukhusvården skulle alltså inte ge vare sig en rättvisande eller en relevant bild av utvecklingen av vården på detta område.

Metod och disposition

Tonvikten i denna rapport ligger på att beskriva hur vården av personer med kroniska sjukdomar har utvecklats utifrån ett historiskt perspektiv. Syftet är att visa hur vården för denna patientgrupp har vuxit fram och utformats i relation till hälso- och sjukvården i stort och över tid. Beskrivningen syftar även till att öka kännedomen om hur sjukvårdspolitiska ställningstaganden och beslut har format denna vård i vår egen tid. Den historiska framställningen ger innehåll till begreppen vårdideologi, vårdstruktur och vårdpolitik,

vilket bidrar till att tydliggöra centrala systemförändringar och utdragna historiska förändringsprocesser.

I det historiska kapitlet görs en särskild fördjupning av i vilken utsträckning och på vilka sätt frågan om vården för personer med kroniska sjukdomar har uppmärksamrats inom det centrala svenska utredningsväsendet (Statens offentliga utredningar, SOU) under de senaste två decennierna. Fördjupningen bygger på över 30 betänkanden under perioden 1992–2015 och inkluderar diskussioner om de kroniska sjukdomarnas närvaro i det moderna samhället och deras betydelse, men även den framtida utvecklingen på området. Den berör även frågor om vad som kännetecknar människor med kroniska eller långvariga sjukdomar som grupp, deras förutsättningar och specifika vårdbehov. Särskilt fokus har lagts på kritiska diskussioner kring hälso- och sjukvårdens förmåga att tillgodose behoven hos personer med kroniska sjukdomar: det kan handla om sjukvårdssystemets utformning, prioriteringar och vårdens förhållningssätt till dessa personer. Genom denna inriktning lyfts alltså de diskussioner där vården av människor med kroniska sjukdomar blir föremål för en särskild typ av problematisering: huruvida befintlig hälso- och sjukvård är otillräcklig eller oförmögen att möta och hantera personer med kroniska sjukdomar.

Avslutningsvis skisseras en nulägesbild med fokus på primärvårdens betydelse för vården av personer med kroniska sjukdomar. Vidare beskrivs kortfattat, utifrån landstingens och regionernas handlingsplaner, det pågående arbetet med ökad patientcentrering som är ett av de prioriterade utvecklingsområdena i strategin. I bilaga 2 redovisas också en internationell utblick som visar likheter och skillnader i de utmaningar som svensk hälso- och sjukvård står inför jämfört med vissa andra länder, och vilket fokus dessa länder väljer att ha för sina strategier.

Referensgrupp

Tidigt i arbetet med denna lägesrapport för 2015 upprättade Socialstyrelsen en arbetsgrupp med företrädare för Svenska Läkaresällskapet (SLS), Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Svensk sjuksköterskeförening (se bilaga 1). Syftet är att få kunskapsstöd och kvalitetssäkring. Vid tre möten har gruppen diskuterat lägesrapportens utformning och en rad olika perspektiv och frågeställningar, för att bättre förstå hur den komplexa frågan om vården för personer med kroniska sjukdomar kan uppmärksammas och belysas på ett relevant sätt. Huvudfokus i denna rapport är hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, men det behövs en utveckling kring primärvårdens betydelse samt hur den medicinska utvecklingen påverkat dess organisation. På så sätt tydliggörs hur nära sammanvävd primärvården är med utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Historiskt perspektiv

Ett 200-årigt perspektiv

Betraktad utifrån ett längre historiskt perspektiv har vården för personer med kroniska sjukdomar i Sverige inte bara varit eftersatt. Den har under lång tid varit obefintlig. Från mitten av 1700-talet och fram till 1920-talet kan vården för personer med kroniska sjukdomar närmast beskrivas som en icke-fråga inom sjukvårdspolitiken. Den var inte föremål för politiska överväganden, problematiseringar eller särskilda vårdpolitiska satsningar. Grundorsaken till detta står att finna i den vårdideologi som formulerades under 1700-talet. Denna ideologi kom inte bara att ta konkret gestalt i den vårdstruktur som grundlades under denna tid, utan kom även att påverka vården för personer med kroniska sjukdomar ända fram till förra seklets början.

I den historiska bakgrund som här tecknas förekommer ibland benämningar på kroniska sjukdomar som kan upplevas som ålderdomliga eller utdaterade. Benämningarna har behållits av författaren för att bevara det historieverkskapliga sammanhanget och perspektivet, för att på så sätt beskriva hur de begreppsliga förskjutningar som omgärdar kroniska sjukdomar förändras över tid.

1700-talet: Det moderna sjukvårdssystemets etablering

Under 1700-talet framträdde en ny, sekulariserad vårdideologi. Den hade ytterst sin grund i den tidens dominerande nationalekonomiska doktrin – merkantilismen. Enligt merkantilismen byggde ett samhälles ekonomiska välstånd på produktionen av varor som kunde avsättas i utlandet och generera kapital. Därmed betonades nödvändigheten av en omfattande inhemsk produktion, stor export och en positiv handelsbalans. I detta tänkande framhölls också nödvändigheten av en riklig tillgång på billig arbetskraft som dels kunde säkerställa den inhemska produktionen inom jordbruket, dels arbeta inom exportnäringarna.¹ Därigenom kom befolkningen för första gången att framträda som en ekonomiskt central faktor. Betydande ansträngningar gjordes också under denna tid, både på befolkningspolitikens och på sjukvårdens områden, i syfte att ”gynna folkhopens tillväxt”.² Ambitionen var att bekämpa framför allt de epidemiska sjukdomarna, minska dödligheten, höja befolkningstalen och skapa förutsättningar för vad man beskrev som en ”myllrande”, frisk och arbetsför befolkning.³

Den äldre vårdideologi som hade varit dominerande sedan medeltiden vilade på kristen grund. Barmhärtigheten och omsorgen om medmänniskan hade framhållits som en religiös förpliktelse. Den nya vårdideologin var av ett annat slag, på en och samma gång sekulariserad och instrumentell. Att hjälpa de sjuka var inte längre bara en religiös skyldighet; det var själva förutsättningen för det nationella ekonomiska välståndet. Detta fick också direkta konsekvenser för prioriteringarna inom och utformningen av sjukvår-

den. Den nya vårdideologin kom att betona att syftet med sjukvården var att återställa de sjuka till hälsa. Sjukvården skulle vara kurativ och inriktad på de patienter som kunde förväntas återfå sin förvärvsförmåga. De konsekvenser som detta fick avseende vården för personer med kroniska sjukdomar kan svårigen underskattas eftersom den nya ideologin kom att byggas in i och ta konkret gestalt i den vårdstruktur som grundlades under samma tid.

Vid mitten av 1700-talet uppstod också den slutna kroppssjukvården i Sverige i och med att Serafimerlasarettet invigdes. Från första stund var verksamheten vid lasarettet inriktad på att ta emot akut sjuka från såväl huvudstaden som andra delar av landet, medan de "obotligt sjuke" systematiskt avvisades. Detta beslut var både ett utslag av den nya vårdideologin och en konsekvens av de historiska erfarenheter som hade gjorts. De äldre vårdinstitutionerna – de kyrkliga "hospitalen" och fattigstugorna – hade kännetecknats av en betydande klientblandning. Äldringar, vanföra, fysiskt och psykiskt sjuka patienter, akut sjuka och kroniskt sjuka – alla hade de sammanförts under ett och samma tak. Den medicinska vården hade i stort sett varit obefintlig och institutionerna var mer inriktade på fattigvård och förvaring.⁴

För 1700-talets sjukvårdsreformatorer var detta något man ville undvika till varje pris. Skulle man genomföra omfattande satsningar på att ge sjuka kvalificerad vård inom ramen för det lasarettsväsende som planerades skulle vårdplatserna reserveras för akut somatisk vård av patienter som förväntades kunna återfå hälsan och arbetsförmågan. Denna ambition fick två resultat. För det första gav den upphov till en systematisk differentiering av den blandade populationen av äldre och sjuka. Genom 1763 års hospitalsförordning slogs definitivt fast att det var de kommunala fattigstugorna som skulle ta hand om de som "af åldersdoms skröplighet, långvariga krämpor eller någon slags ofärdighet hindras af sjelfve förskaffa sig tillräckligt underhåll". Till *hospitalen* skulle man däremot skicka de psykiskt sjuka och de som på grund av smittsamma och obotliga sjukdomar var tvungna att avskiljas från andra patienter.⁵

För det andra kom ambitionen att Serafimerlasarettet endast skulle behandla de akut kroppssjuka att kodifieras juridiskt. Principen stadsfästes i Serafimerlasarettets reglemente 1788 och kom att upptas i de lasarettstadgor som utkom ända fram till 1900-talet: lasaretten förbjöds uttryckligen att ta hand om "obotlige sjuke".⁶

Dessa beslut kom på ett avgörande sätt att påverka utformningen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Serafimerlasarettet kom att bli mönsterbildande för den satsning på slutna kroppssjukvård som inleddes 1765 och som hade som mål att upprätta ett lasarett i varje län. Dessa så kallade länslasarett kom att utgöra kärnan i den svenska slutna kroppssjukvården ända fram till 1900-talet.⁷ Det som förenade dessa var att de uttryckligen var förbjudna att ta emot patienter med kroniska sjukdomar.

Genom att den slutna kroppssjukvården utformades enligt en renodlad "akutsjukvårdsmodell", byggd på en "sortering efter reparerbarhet", kan man tala om att en tradition grundlagts inom svenskt sjukvårdsväsende.⁸ Kroniskt sjuka hade därigenom uteslutits ur den vårdstruktur som kom att dominera svensk sjukvård under närmare två århundraden.

1800-talet: Vården av de psykiskt sjuka

Vården av de kroniskt psykiskt sjuka kom i stället tidigt att utformas på ett annat sätt. Som tidigare nämnts skulle dessa enligt 1700-talets strävan att differentiera patientpopulationen intas på de äldre hospitalen där ingen egentlig medicinsk vård bedrevs. I början av 1800-talet kom dock synen på psykiska sjukdomar i grunden att förändras. Detta hängde delvis samman med den moderna psykiatrins uppkomst vid denna tid, och den var delvis ett resultat av samtidens humanistiska och filantropiska ideal. De psykiskt sjuka uppfattades vara i större behov av vård och omsorg än de kroppsligt sjuka. Från att ha uppfattats som kroniska sjukdomstillstånd började nu psykiska sjukdomar ses som möjliga att behandla och till och med bota.⁹ Genomslaget för denna mer optimistiska behandlingstanke skedde 1813. Detta år infördes den så kallade provkuren. Tanken var att alla som anmäldes för intagning på hospitalen först skulle observeras av en läkare under ett par månaders tid. Syftet var att läkaren skulle kunna avgöra om en psykisk sjukdom verkligen förelåg och därefter bedöma om den var möjlig att bota. De patienter som man hade förhoppningar om att de skulle kunna förbättras skulle efter avslutad provkur föras över till särskilt upprättade *centralhospital* som uteslutande var till för behandling av psykiskt sjuka.¹⁰ Övriga patienter skulle kvarstanna vid de gamla *länshospitalen*, vilka även fortsättningsvis skulle fungera som institutioner för förvaring av psykiskt sjuka, snarare än som medicinska vårdinstitutioner.¹¹ Detta system kom att få sin slutgiltiga utformning 1858. Detta år utkom *Stadgan för sinnessjukvården*, där *hospitalen* blev till kuranstalter för botbara psykiskt sjuka medan de så kallade *asylerna* skulle vara vårdanstalter för de obotliga.¹² Samma år skedde även en annan betydelsefull förändring. Tidigare hade det övergripande ansvaret för praktiska driften av hospitalen legat på Serafimersordensgillet. Denna organisation hade grundats av Gustaf III 1787. Den kan närmast beskrivas som en blandform mellan ett statligt ämbetsverk och en filantropiskt inriktad korporation, framför allt bestående av medlemmar ur den adliga överklassen. Ansvaret för den medicinska vården vid hospitalen hade däremot legat på Sundhetskollegium som var den högsta instansen inom det svenska medicinalväsendet. År 1858 övertog staten, i form av Sundhetskollegium, huvudmannaskapet för såväl driften av hospitalen som vården av de psykiskt sjuka.¹³ Detta övergripande statliga ansvar kom att behållas ända fram till 1967, då ansvaret för den psykiatriska vården övergick till landstingen.¹⁴

På två avgörande punkter kom utformningen av vården av de kroniskt psykiskt sjuka att skilja sig från vården av de kroniskt kroppssjuka. För det första erkändes tidigt att de psykiskt sjuka var i behov av medicinsk vård och kontinuerlig omvårdnad inom ramen för den slutna sjukvården. Detta handlade inte enbart om humanistiska ideal och filantropiska insatser; man uppfattade det också som nödvändigt att avskilja dessa patienter från det övriga samhället.

För det andra åtog sig staten tidigt det övergripande ansvaret för denna patientgrupp. Medan de kroniskt kroppssjuka systematiskt utsortades från den slutna sjukvårdens institutioner och i stället förvisades till den kommunala fattigvården kom vården av de kroniskt psykiskt sjuka att samlas under

ett statligt huvudmannaskap. De botbara fördes över till hospitalen för behandling medan de obotliga fördes över till asylar.

Skillnaden mellan de två patientkategorierna kom att accentueras under återstoden av 1800-talet. Den utveckling av den svenska vårdstrukturen som skedde under seklets lopp var huvudsakligen kvantitativ, men den kom också att få konsekvenser för vården av kroniskt sjuka. Kort sagt: de kroniskt psykiskt sjuka kom att ingå i den expansion av slutenvården som kännetecknade 1800-talet, medan de kroniskt kroppssjuka kom att lämnas utanför. Resultatet av dessa skilda utvecklingslinjer kan bäst illustreras med antalet vårdplatser som fanns tillgängliga för de två patientkategorierna vid seklets slut. År 1900 fanns det 5 016 vårdplatser för ”sinnesjuka och sinnesslöa” mot endast 418 vårdplatser för kroniskt kroppssjuka.¹⁵

1800-talet: Den somatiska vården för personer med kroniska sjukdomar

Hur gestaltade sig då vården av de kroniskt kroppssjuka mot bakgrund av de vårdideologiska och vårdstrukturella val som hade gjorts under 1700-talet? Huvudsakligen överläts vården för personer med kroniska sjukdomar åt den tidens öppenvård. Denna sköttes av de tjänsteläkare som från 1770-talet hade övergått i statlig tjänst: *provinsialläkare* som var stationerade ute på landsbygden och *stadsläkare* i städerna. Eftersom omhändertagandet av kroniskt sjuka hade överlåtits på fattigvården, i form av städernas och socknarnas fattigstugor, samt i vissa fall länshospitalen, var det också där som tjänsteläkarna hade möjlighet att ge medicinsk vård.

Men det fanns även brister i detta system som begränsade tillgången på vård för människor med kroniska sjukdomar. Tjänsteläkarssystemet var tänkt att vara geografiskt heltäckande och enligt 1773 års utformning indelades riket i 40 läkardistrikt, varav 32 i Sverige och 8 i Finland.¹⁶ Detta betydde dock rent praktiskt att den övervägande delen av landsbygdsbefolkningen endast i formell mening hade kontinuerlig tillgång till medicinsk öppenvård. Upptagningsområdena var stora, läkartätheten låg och sjukresorna till patienterna tog betydande tid i anspråk. Till detta kan läggas att tjänsteläkarna enligt instruktionerna visserligen hade ålagts ansvaret för all hälso- och sjukvård i sina distrikt, men de kom att prioritera förebyggandet och botandet av de akuta, epidemiska infektionssjukdomar som utgjorde det dominerande inslaget i 1800-talets sjukdomspanorama. Icke-smittsamma, kroniska sjukdomar hade helt enkelt en lägre prioritet.

Till detta kan läggas att den vetenskapligt grundade skolmedicin som läkarna representerade endast utgjorde en av flera ”medicinska kulturer” under denna tid. Användningen av vardagsmedicinska kurer och anlitandet av folkmedicinska utövare – representerade av kloka gummor och kvacksalvare – utgjorde ofta det första alternativet vid sjukdom. Under hela seklet fanns också en utbredd folklig misstro mot läkarna som även den begränsade efterfrågan på den medicinska vård som dessa tillhandahöll.¹⁷

När det gällde utvecklingen av den svenska slutenvården under 1800-talet kom skillnaderna mellan vården av de akut och de kroniska sjuka att öka än mer. Återigen var detta det direkta resultatet av förändringar som skedde både på den vårdideologiska och på den vårdstrukturella nivån. 1700-talets

dominerande vårdideologi hade gett upphov till akutsjukvårdsmodellen, men inom denna hade inte nödvändigtvis den slutna vården getts något prioritet framför hälsoförebyggande insatser eller mer öppna vårdformer. Inom den vårdideologi som växte fram under 1800-talet kom dock slutenvården att göras till idealet och den blev normbildande för hur organiseringen av sjukvården gestaltade sig – medicinsk vård kom att identifieras som vård som skedde vid en sjukvårdsinstitution.

Dessa förändringar kom att påverka sjukvårdsstrukturen på ett genomgripande sätt. Seklet kännetecknades av en medveten satsning på utbyggnaden av medicinska vårdinstitutioner. Som exempel kan nämnas att det totala antalet vårdplatser inom kroppssjukvården år 1800 endast uppgick till 515; vid sekelskiftet 1900 uppgick de till 10 742.¹⁸ Medan befolkningen endast hade ökat med 62 procent hade antalet vårdplatser utökats med 2 100 procent.

Ur ett historiskt perspektiv är det just under 1800-talet som ett framträdande drag i den moderna svensk sjukvården grundläggs – den starka betoningen på de slutna vårdinstitutionerna. Denna tradition skulle komma att överges först under 1900-talets sista decennium.

För de kroniskt kroppssjuka innebar detta en ytterligare marginalisering. Tidigare hade de på ideologiska grunder uteslutits ur den svenska akutsjukvårdsmodellen, och nu innebar expansionen av dess vårdinstitutioner att de kom att hamna helt utanför den huvudsakliga utvecklingslinjen inom svenskt sjukvårdsväsende.

Mot slutet av 1800-talet återfinns dock de första tecknen på att en problematisering och omvärdering av den bristfälliga vården för personer med kroniska sjukdomar höll på att ske, och initiativ togs för att förbättra den. Dessa initiativ utgick dock inte från medicinal- och sjukvårdsväsendet. Det var i stället privata aktörer på filantropins område som började göra insatser för att förbättra situationen för de kroniskt sjuka. I större städer, såsom Stockholm, Göteborg och Karlskrona, inrättades enstaka sjukhem för kroniskt sjuka. Sjukhemmen var helt fristående från den kommunala fattigvården och tillkom framför allt genom privata donationer. Det Lenningska sjukhemmet för ”obemedlade obotligt sjuka” som öppnade i Norrköping 1888 kom att bli mönsterbildade för denna typ av institution.¹⁹ Även inom sjukvårdsväsendet fanns vid denna tid vissa tecken på att en omvärdering av de kroniskt sjuka höll på att ske. Ett viktigt steg togs genom den nya lasarettstadgan som utkom 1901. I denna återfanns formuleringar som innebar en uppluckring av det tidigare så strikta förbudet mot att ta in personer med kronisk sjukdom på lasaretten. Stadgan gav utrymme för att göra undantag från förbudet om sjukhusläkaren bedömde ”att någon tids lasarettsvård skulle för den sjuke medföra väsentlig lindring i hans tillstånd eller för någon tid möjligen återställa hans förvärfsförmåga, och hinder för andra intressesökande icke genom mottagandet vållas.”²⁰

Formuleringen är intressant såtillvida att den visar att undantag från förbudet kunde göras både utifrån ekonomiskt rationella överväganden (återställd förvärfsförmåga) och på humanitära grunder (lindring för patienten). Den sjukvårdsideologi som dominerat sedan 1700-talet, som syftade till att återställa den sjukes produktiva förmåga, hade fått sällskap av mer humani-

tärt inriktade idéer. Men ännu hade de kroniskt kroppssjuka inte fått någon *rätt* att beredas medicinsk vård inom ramen för den slutna vården. Inte heller hade någon av huvudmännen på sjukvårdens område – staten, landstingen eller kommunerna – ålagts en uttrycklig *skyldighet* att erbjuda personer med kroniska sjukdomar medicinsk vård.

1910- och 20-tal: De kroniskt sjukas entré

Mot bakgrund av att huvudansvaret för vården för personer med kroniska sjukdomar hade ålagts den kommunala fattigvården är det inte förvånande att det just var från detta håll som de kroniskt sjukas vårdssituation först kom att uppmärksammas. Detta skedde i samband med att den så kallade Fattigvårdslagstiftningskommittén lade fram sitt bestänkande 1915. I sin utredning fäste de uppmärksamheten på situationen för de *fattiga kroniskt sjuka*. Kommittén påpekade att denna kategori intog en mellanställning mellan sjukvården och fattigvården, och att de därigenom utgjorde ett särskilt vårdproblem. De kroniskt sjukas närvaro orsakade ofta ett obehag för de andra intagna på fattigstugorna, och av den anledningen förvisades de inte sällan till att vistas i hemmet, där förutsättningarna för medicinsk vård var dåliga.²¹

I 1918 års fattigvårdslag, som var det konkreta resultatet av kommitténs förslag, infogades därför en paragraf som skulle möjliggöra ett samarbete mellan den kommunala fattigvården och den landstingsdrivna kroppssjukvården. Om ett landsting upprättade en anstalt för kroniskt sjuka *borde* vård av fattiga kroniska sjuka beredas där. Landstingen fick fastställa en avgift, som inte fick vara högre än halva vårdkostnaden, och som fattigvården skulle betala om de skickade någon fattig sjuk dit. Samma villkor skulle gälla om fattigvården inom en kommun valde att upprätta en sådan vårdanstalt.²² Lagen förpliktade alltså vare sig landsting eller kommuner att inrätta vårdhem för kroniskt sjuka, utan etablerade endast de ekonomiska ramarna för att ett samarbete mellan sjukvården och fattigvården skulle komma till stånd. Ändå representerar den nya lagen något av en vändpunkt för vården för personer med kroniska sjukdomar. För första gången sedan slutet av 1700-talet hade situationen för de kroniskt sjuka uppmärksamats och deras vårdbehov hade getts ett erkännande. Men kommitténs betänkande hade också en direkt betydelse för den fortsatta problematiseringen av vården för personer med kroniska sjukdomar – den poängterade att systemet med en ekonomisk överenskommelse mellan kommunerna och landstingen var långt ifrån tillräckligt. Frågan om de kroniskt sjukas vårdbehov krävde både vidare utredning och – i förlängningen – någon form av statligt engagemang.²³

Detta påpekande kom 1920 att resultera i att en ny utredning tillsattes av Socialdepartementet. Det betänkande som lämnades året därpå var det första i svensk sjukvårdshistoria som specifikt behandlade vården för personer med kroniska sjukdomar. Såväl utredningen som remissinstanserna var eniga om att vården av kroniskt sjuka var ”mycket illa tillgodosedd”.²⁴ De pekade vidare på att det gamla begreppet för att beskriva denna grupp, ”obotliga”, var missvisande, då den medicinska erfarenheten hade visat att patienter som av läkare förklarats obotliga kunde förbättras eller tillfriskna.²⁵ Det fanns således både ett humanitärt och ett samhällsekonomiskt intresse av att bereda denna grupp tillgång till mer kvalificerad medicinsk vård, speciellt då

kvaliteten på vården i stor utsträckning påverkade chanserna för patienten att återfå sin arbetsförmåga.²⁶

Förutom att uppmärksamma bristerna i vården för personer med kroniska sjukdomar generellt påverkade utredningen den framtida utvecklingen på området på två sätt. För det första betonades att problemen inte bara gällde *fattiga* kroniskt sjuka, det vill säga de som hade utgjort fokus för fattigvårds-kommitténs överväganden. Problemen med bristande medicinsk vård för denna grupp gällde kroniskt sjuka överlag: fattiga och äldre, men även de i arbetsför ålder som inte uppbar något stöd från fattigvården. Därmed omformulerades gruppen kroniskt sjuka från att ha uppfattats vara ett specifikt problem för fattigvården till att bli en egen kategori, som oberoende av ålder, förvärvsarbete eller inkomst borde få tillgång till medicinsk vård.²⁷

För det andra presenterade utredningen ett konkret förslag på hur man skulle kunna komma tillrätta med problemen. En satsning borde göras för att bygga särskilda *sjukhem för kroniskt sjuka*, antingen fristående eller i anslutning till befintliga lasarett.²⁸ Dessutom skulle staten åta sig ett ansvar genom att låta statsbidrag utgå till de kommuner och landsting som valde att inrätta sådana hem. Förslaget var inte okontroversiellt. Från slutet av 1700-talet och fram till den moderna socialpolitikens grundläggande under tidigt 1900-tal hade staten noga bevakat gränserna för sina åtaganden på sjukvårdens område, både av ideologiska och av ekonomiska skäl. Det enda slutenvårdsområde där staten stod som huvudman var den psykiatriska vården. När det kom till statsunderstöd fanns dock precedensfall, vilket Medicinalstyrelsen också påpekade i sitt utlåtande.²⁹ Tidigare hade statsbidrag utgått till inrättandet av särskilda epidemisjukhus och till behandlingsanstalter för tuberkulossjuka.³⁰ Att det var på just dessa två områden som staten hade åtagit sig ett ekonomiskt ansvar var naturligt mot bakgrund av de epidemiska sjukdomarnas och framför allt tuberkulosens stora påverkan på folkhälsan under 1800-talet. Men kunde verkligen vården av kroniskt sjuka vara lika angelägen som bekämpandet av de stora folksjukdomarna? Däri låg det kontroversiella i förslaget.

Förslaget kom att bli vilande i sex år, främst på grund av årtiondets instabila politiska och ekonomiska situation. Det lades dock fram som en proposition vid 1927 års riksdag och fick bifall. Från och med nu skulle statsbidrag utgå till landsting och kommuner som valde att upprätta hem för kroniskt sjuka. Det var ett brett spektrum av sjukdomar som berättigade till intagande på dessa hem, huvudsakligen elakartade cancerformer, hjärn-, nerv- och ryggmärgssjukdomar, patologisk senilitet, kronisk astma och sjukdomar i cirkulationsorganen.³¹ Oavsett om det rörde sig om fristående anstalter för kroniskt sjuka, eller om de upprättades i anslutning till lasarett, skulle viss medicinsk vård garanteras genom att tjänsteläkare respektive lasarettsläkare knöts till dessa.³² Trots detta arrangemang var ambitionsnivån när det gällde de medicinska insatserna för kroniskt sjuka betydligt lägre än inom den övriga sjukvården. Utredningen från 1921 uttryckte det så här:

Det gäller här icke att bygga ett sjukhus, där en mängd dyrbara avdelningar för patienternas mottagning, diagnos och behandling finnas – allt sådant är, då det är frågan om sjukhemspatienterna så att säga en övervunnen ståndpunkt – läkarevetenskapen har redan uttömt sina möjligheter

*för diagnosen, och den behandling, som här kan och skall komma ifråga, bör kunna ges med enkla medel och utan dyrbar appa-relj. Det gäller istället att bygga sjukhus av enklast möjligast typ, vilka för de patienter, som kunna njuta därav, skola inredas så att känslan av hem bibehålles.*³³

1927 års beslut representerar en vändpunkt i svensk historia beträffande vården för personer med kroniska sjukdomar. Kroniskt sjuka hade visserligen inte hade getts samma rätt till vård som andra patientgrupper. Inte heller innebar beslutet att kommuner och landsting *förpliktigades* att upprätta sjukhem för kroniskt sjuka. Men bristerna i deras vårdssituation hade ändå uppmärksamats på högsta politiska nivå och deras särskilda behov hade fått ett erkännande genom den gemensamma satsningen på en utbyggd hälso- och sjukvård.

En aspekt av detta vårdpolitiska beslut bör framhållas. Den typ av lösning beträffande de kroniskt sjukas vårdssituation som till slut beslutades om representerade endast en bekräftelse på det som framstår som den svenska vårdstrukturella modellen: förbättringarna av vården för personer med kroniska sjukdomar skulle även ske genom en satsning på den slutna vården. Traditionens betydelse för sjukvårdens framtida utformning gjorde sig än en gång gällande. Sju år senare bekräftades detta vägval då en utredning om den slutna kroppssjukvårdens framtida utformning lämnade sitt slutbetänkande. I detta diskuterades "ett planmässigt utbyggande av den kroniska sjukvården".³⁴ Två alternativ formulerades om vilken typ av utformning som var att föredra. Den "kommunala linjen" representerades av en decentralisering av sjukhemmen för kroniskt sjuka. De fördelar som framhölls var att den intagne skulle finna sig närmare sin hemmiljö och att vården skulle bli billigare. Mot denna ställdes "landstingslinjen", där sjukhemmen för kroniskt sjuka skulle utvecklas i landstingets regi. Tanken var att lasaretten skulle fungera som "moderanstalter" för sjukhemmen. Fördelen med detta framhölls vara tillgången på mer kvalificerad vård, även om detta skulle bli ett ekonomiskt sett kostsammare alternativ.³⁵ Utredningen kom till slut att stanna vid det senare alternativet. Man skulle utforma statsbidragen för att underlätta överföringen av vården för personer med kroniska sjukdomar till landstingen, och koncentrera sjukhemmen för kroniskt sjuka till den befintliga vårdstrukturen, vilket i första hand betydde lasaretten.³⁶ Denna ambition kom dock inte att realiseras i ett längre tidsperspektiv, och det var först från 1960-talets början som fristående specialistsjukhus – dit sjukhemmen för kroniskt sjuka räknades – kom att ersättas med specialavdelningar inom den landstingsdrivna lasarettsvården.³⁷

Samtliga de initiativ som tagits – 1918 års fattigvårdslag, 1921 års utredning, 1927 års riksdagsbeslut och sjukhusutredningens rekommendationer 1934 – visar hur de kroniskt sjuka nu hade urskilts som ett särskilt vårdproblem och dessutom kommit att uppfattas som ett eget vårdpolitiskt område. Sammantaget representerade dessa beslut ett senkommet engagemang på ett område som hade varit eftersatt i över 150 år.

På grund av omständigheter som helt låg utanför den svenska sjukvårdens kontroll kom dock de nya ambitionerna inte att kunna realiseras på närmare tre decennier. 1920-talets politiska instabilitet ersattes av 1930-talets lågkon-

junktur. De socialpolitiska reformer som ändå kunde genomföras under detta årtionde låg inom andra, mer högprioriterade områden. Ändå hade åtminstone grunden lagts för det som skulle komma att bli den slutna vården för personer med kroniska sjukdomar. Den expansion som hade åstadkommits kan bäst utläsas genom att se till antalet vårdplatser.

Vid sekelskiftet 1900 uppgick antalet vårdplatser för kroniskt sjuka endast till ca 400. De allra flesta återfanns inom institutioner som hade upprättats genom donationer och som drevs i privat regi.³⁸

År 1920 uppgick antalet vårdplatser för denna patientgrupp till ca 2 600.³⁹ En del av tillskottet hade skett genom Pensionsstyrelsens försorg. Styrelsen var ansvarig för utbetalningen av invaliditetspensioner och hade därigenom ett direkt intresse av att försöka återföra kroniskt sjuka förmånstagare till produktivt arbete. Av denna anledning upprättade de särskilda hem för framför allt personer som led av reumatiska sjukdomar och neuroser. Engagemanget omfattade specifikt kroniskt sjuka i åldrarna 15 till 55 år, det vill säga, de förmånstagare som var i arbetsför ålder.⁴⁰

År 1930 hade antalet vårdplatser endast ökat marginellt och uppgick till ca 3 900.⁴¹ Den största delen av dessa hade tillkommit genom det ekonomiska samarbete mellan kommuner och landsting som hade möjliggjorts genom den nya lagstiftningen 1918. En mindre del var resultatet av riksdagsbeslutet 1927 att låta statsbidrag utgå till vården för personer med kroniska sjukdomar. År 1940 uppgick antalet vårdplatser till ca 5 300.⁴² En stor del av utökningen av vårdplatser under denna tid var inte resultatet av nybyggnationer. I stället hade de epidemiska sjukdomarnas och tuberkulosens tillbakagång lett till att vårdplatser kunde frigöras vid vårdanstalter som tidigare inrättats för denna typ av sjukvård.⁴³

Sedan kom andra världskriget. Resultatet blev att sjukvårdens resurser generellt begränsades och att vården för personer med kroniska sjukdomar, som hade en relativt låg prioritet, kom att sättas på undantag. Reformeringen av vården för personer med kroniska sjukdomar fick helt enkelt invänta en tid då både de politiska och ekonomiska betingelserna för en utbyggnad existerade.

1940- och 50-tal: Överflyttningen

Förutsättningarna för detta infann sig vid krigsslutet. Därmed inleddes en period av omfattande reformer på socialpolitikens område. Även om kriget hade begränsat utrymmet för sociala reformer, vilket inkluderade satsningar på sjukvårdens område, hade förberedelsearbetet inte avstannat. Så snart freden infann sig presenterades också resultatet av en rad utredningar som pågått under flera år. Tre av dessa hade direkt bäring på vården för personer med kroniska sjukdomar.

Den i särklass viktigaste var utredningen om åldringsvårdens framtida utformning. De förslag som utredningen presenterade 1946 innebar att en planmässig utbyggnad av åldringsvården skulle ske, särskilt i form av inrättandet av åldringshem. Förslaget representerade generellt ett viktigt steg i övergången från den äldre fattigvården – där åldringarna hade utgjort den överväldigande majoriteten – till den nya socialpolitiken. Men förslaget gjorde även att de kroniskt sjuka som återfanns bland åldringarna kom att

hamna i centrum. Förutsättningarna för inrättandet av en institutionaliserad kommunal åldringsvård framhölls vara att de kroniskt sjuka först skildes ut och bereddes plats inom sjukvården. Utredningen formulerade det som att: ”det torde icke finnas någon annan utväg än att få till stånd dels en spärr för kroniskt sjukas intagning eller kvarblivande på ålderdomshem, dels ett legalt huvudmannaskap för hem för kroniskt sjuka, som bör åläggas landstingen.”⁴⁴ För att denna överföring överhuvudtaget skulle kunna komma till stånd krävdes också en vårdpolitisk satsning på utbyggnaden av vården för personer med kroniska sjukdomar. Det som motiverade förslaget var alltså inte i första hand omsorgen om de kroniskt sjuka. Satsningen på denna grupp var endast resultatet av att åldringsvården hade getts prioritet. Ändå kom detta förslag att fungera som utgångspunkt för en vårdstrukturell satsning på vården för personer med kroniska sjukdomar som kom att pågå i över tre årtionden.

Den andra utredningen som påverkade vården för personer med kroniska sjukdomar lades fram 1947. Denna hade haft till huvuduppgift att behandla den framtida utformningen av den så kallade B-sjukvården, det vill säga de institutioner inom kroppssjukvården som tog hand om patienter med lägre vårdbehov. Även denna utredning gick på samma linje som den tidigare och förordade ”kronikersjukvårdens emancipation från fattigvården”.⁴⁵ Utredningen utgick ifrån att viss enklare medicinsk vård även fortsättningsvis skulle kunna ske genom den kommunala åldringsvårdens försorg, men betonade att ”den omständigheten, att en person är i åtnjutande av fattigvård, ej bör föranleda, att han vid sjukdom, den må vara av akut eller kronisk art, omhändertages på annat sätt och på annan anstalt än andra medborgare.”⁴⁶

Formuleringen representerar en definitiv brytning med den traditionella utgångspunkten för vården av personer med kroniska sjukdomar – den principiella exkluderingen av kroniskt sjuka från kroppssjukvårdens institutioner. Från och med nu skulle de kroniskt sjuka i egenskap av medborgare tillerkännas rätten till kvalificerad medicinsk vård inom ramen för det svenska sjukvårdsväsendet. Detta skedde genom en enkel lagändring. Fortfarande i 1940 års sjukhuslag hade det gamla förbudet mot att ta in kroniskt sjuka på lasarett kvarstått.⁴⁷ Genom ett beslut 1951 slopades detta förbud, samtidigt som landstingens skyldigheter utvidgades till att även upprätta anstalter för kroniskt sjuka.⁴⁸

Den tredje utredningen som lämnade sitt betänkande 1946 hade behandlat frågan om de ”partiellt arbetsföra”. Begreppet var ett slags nykonstruktion inom socialpolitiken och användes för att beteckna de människor som hade svårare att få eller behålla ett förvärvsarbete på grund av ”fysiska eller psykiska arbetshinder”.⁴⁹ I denna grupp ingick bland annat de kroniskt kroppssjuka, som var i arbetsför ålder, men vars förvärvsarbete delvis förhindrades på grund av sjukdomen. Som exempel på patientgrupper lyfte utredningen fram reumatiker, diabetiker, astmatiker och hjärtsjuka. Utredningen kom att initiera en diskussion kring rehabilitering, arbetsvård och omskolning som även kom att få betydelse för de kroniskt sjuka. Eftersom den traditionella akutsjukvårdsmodellen hade utformats i syfte att återföra den sjuke till produktivt arbete innebar de kroniskt sjuka – åtminstone de i arbetsför ålder – ett problem. Om denna grupp skulle få tillgång till medi-

cinsk vård på samma villkor som de akut sjuka borde också ett sorteringsinstrument införas för att skilja ”arbetsföra och permanent sjuka från tillfälligt sjuka” och ansträngningar göras för att rehabilitera de partiellt arbetsföra personerna med kroniska sjukdomar.⁵⁰ Utredningen kom inte att presentera något definitivt svar på hur denna fråga skulle lösas, men den diskussion kring frågan som de aktualiserade kom senare att bli betydelsefull för gruppen kroniskt sjuka.

Vid 1940-talets slut hade alltså en rad genomgripande förändringar av vården för personer med kroniska sjukdomar beslutats med den konsekvensen att vården för personer med kroniska sjukdomar skulle avskiljas från den kommunala fattigvårdens ansvarsområde; kroniskt sjuka fattiga och åldringar skulle helt enkelt avskiljas från gruppen åldringar generellt. Personer med kroniska sjukdomar hade tillerkänts rätten till medicinsk vård på lika villkor som de akut sjuka, samtidigt som landstingen ålagts uppgiften att tillhandahålla denna vård. Dessutom hade sjukhusutredningen bekräftat att vården för personer med kroniska sjukdomar skulle följa den linje som hade valts redan under 1800-talet – vården för personer med kroniska sjukdomar var en uppgift för den slutna sjukvården.

I detta sammanhang är det värt att framhålla att vården för personer med kroniska sjukdomar skulle kunna ha getts en annorlunda utformning vid denna tid. Samtidigt som dessa beslut togs, åren kring 1946/47, presenterade Medicinalstyrelsens generaldirektör Axel Höjer sin utredning om den öppna sjukvården. Redan i mitten av 1930-talet hade Gunnar och Alva Myrdal i sin bok *Kris i befolkningsfrågan* uppmärksammat den obalans mellan den öppna och slutna sjukvården som hade byggts in i det svenska sjukvårdssystemet.⁵¹ Detta var något som Höjer tog fasta på. De förslag han presenterade gick ut på att den öppna kroppssjukvården – som vid denna tid upprätthölls av tjänsteläkarna – skulle byggas ut. Han föreställde sig att den givna formen var *polikliniker*, det vill säga större flerläkarmottagningar, som inkluderade specialistvård, men som saknade fasta vårdplatser. Höjer benämnde dessa som ”hälsocentraler”. Dessa skulle etableras både ute på landsbygden och i anslutning till befintliga lasarett så att närheten till specialistsjukvård ökade.

Därmed skulle man kunna motverka vissa centrala tendenser inom sjukvården: centraliseringen av sjukvårdsinstitutionerna, den ökande medicinska specialiseringen och den internationellt sett unika betoningen på slutenvård. Poliklinikerna skulle kunna fungera som naven i ett decentraliserat sjukvårdssystem där befolkningen erbjöds såväl allmän- som specialistsjukvård i öppen form och i nära anslutning till hemmen. Detta framhöll Höjer var viktigt, inte minst när det gällde de kroniskt sjuka:

*Nödvändigheten av ett organiserat samarbete mellan allmänläkare och specialläkare gäller vidare och ej minst på de områden där den medicinska vetenskapen och organisationen hittills kommit mest till korta, vid eftervården, vid de kroniska sjukdomarna, därav särskilt de reumatiska hjärtsjukdomarna, de ortopediska sjukdomarna samt neuroserna.*⁵²

Förslaget kom att möta betydande professionellt motstånd från läkarkåren som fruktade att förslaget skulle komma att innebära att man organisatoriskt hamnade under ett ”statligt förmyndarskap”.⁵³ Utredningen kom heller inte

att få gehör i sin samtid, men kom på sikt att få stor betydelse när det gällde det svenska hälso- och sjukvårdssystemets utformning.⁵⁴ Hade Höjers utredning vunnit gillande skulle också vården för personer med kroniska sjukdomar ha fått ett annat utseende. Istället kom den fortsättningsvis att utformas utefter de linjer som hade dominerat utvecklingen av den svenska sjukvården generellt sedan 1800-talet: satsningen på slutna vårdformer.

Ambitionen att överföra de äldre kroniskt sjuka från åldringsvården till sjukvården kom att ge upphov till en omfattande expansion av antalet vårdplatser inom vården för personer med kroniska sjukdomar. Alldeles oavsett vilken statistik man ser till blir det tydligt att de kroniskt sjuka nu hade blivit ett högprioriterat område. 1940 – i början av världskriget, då utbyggnaden avstannade – uppgick antalet vårdplatser för kroniskt sjuka till ca 5 300; år 1955 fanns närmare 13 000 vårdplatser.⁵⁵ Även på sjukvårdsutgifternas område gör sig samma utveckling gällande. Mellan åren 1947 – då expansionen inleddes – och 1955 ökade de offentliga nettoutgifterna för sjukvården generellt med 282 procent medan ökningen för vården för personer med kroniska sjukdomar stannade vid 509 procent.⁵⁶ På så sätt markerar skiftet mellan 1940- och 1950-talet en brytpunkt. Det som tidigare hade varit en obetydlig del av institutionsvården började snabbt expandera till en stor organisation.

1960-tal: Åldringen och förtidspensionären

I övergången mellan 1950-tal och 1960-tal skedde en viktig förändring av inriktningen på socialpolitiken. Tidigare hade socialförsäkringsfrågorna haft högsta prioritet. Det var frågor som hade fokuserat på breda lösningar som inbegrep såväl arbetarklassen som medelklassen. När väl reformerna på dessa områden hade genomförts kom i stället andra, mer marginaliserade grupper att ställas i centrum för social vård inom en expanderande offentlig sektor. Det gällde grupper i utkanten av produktionen: kvinnor, kroniskt sjuka, handikappade och äldre.⁵⁷ Ett viktigt steg togs 1956 då den gamla fattigvården ersattes med socialvård. Detta var inte bara frågan om ett namnbyte. Socialvårdens ansvarsområde var mer vidsträckt; den hade högre ambitioner och skulle agera aktivt och förebyggande på sociala problem. Ett av dess syften var också att inordna de mest utsatta grupperna i produktionen.⁵⁸

Denna utveckling hade direkt bäring på de kroniskt sjuka, eller snarare den delen av gruppen som befann sig i arbetsför ålder. Rehabiliteringsutredningen hade redan 1946 föreslagit införandet av ett sorteringsinstrument för att skilja de arbetsföra och permanent sjuka från tillfälligt sjuka. Ett sådant instrument infördes också i början av 1960-talet då rätten till förtidspension utökades. De medicinska kraven sänktes genom att en långvarigt sjukskriven person skulle kunna få förtidspension om arbetsförmågan var nedsatt med minst 50 procent. Samtidigt ålades Riksförsäkringsverket ansvaret för att undersöka behovet av rehabilitering inom tre månader. På detta sätt kopplades ambitionen att minska långtidssjukskrivningar till rehabilitering, om detta var möjligt, och förtidspensionering om möjligheter till rehabilitering inte fanns.⁵⁹

Ur ett längre historiskt perspektiv innebar detta att sjukvården – när det gällde de kroniskt sjuka i arbetsför ålder – till viss del befriades från det vårdideologiska krav som länge hade dominerat sjukvården: att denna syftade till att återställa den sjuke till produktivt arbete. Nu begränsades uppgifterna till att framför allt fokusera på medicinska bedömningar av arbetsförmågan, utreda behovet av rehabilitering och tillhandahålla själva rehabiliteringen. Just rehabiliteringsverksamheten kom att framstå som ett centralt område för sjukvården och 1958 slog en rehabiliteringsutredning fast att behovet av sådana insatser ”gör sig starkast gällande för långtidssjuka och de fall, där invaliditeten orsakar en mera långvarig begränsning av arbetsförmågan.”⁶⁰ Genom möjligheterna till förtidspension och inslaget av rehabilitering hade också de kroniskt sjuka som befann sig i arbetsför ålder blivit oproblematiske ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Därmed låg fältet öppet för att fokusera på den grupp av kroniskt sjuka som inte hade omfattats av kravet att sjukvården skulle agera utifrån en ekonomisk rationalitet: de kroniskt sjuka åldringar som stod utanför förvärvslivet. I skiftet mellan 1950- och 1960-talet stod det klart att två vårdområden sammanföll. I det betänkande som Åldringsvårdsutredningen lade fram 1956 konstateras att ”vården av långvarigt kroppssjuka i stor utsträckning är en fråga om vård av sjuka åldringar”.⁶¹ Den vårdpolitiska satsning som hade gjorts för att överföra de kroniskt sjuka åldringarna till sjukvården hade heller inte visat sig vara tillräcklig. Det blev alltmer tydligt att vården för personer med kroniska sjukdomar måste ses i relation till den åldersmässiga förskjutningen inom befolkningen. Den snabba ökningen av de övre åldersgrupperna gav upphov till ett förändrat sjukdomspanorama. De akuta infektionssjukdomarnas dominans hade gett vika för kroniska sjukdomar, där just de övre åldersgrupperna var överrepresenterade.

Den inventering över åldringsvården som genomfördes 1962 visade tydligt hur relationen mellan en åldrande befolkning, förekomsten av kroniska sjukdomar och vårdbehovet egentligen såg ut. Utredningen visade att 4,6 procent av alla åldringar var inlagda på sjukhus eller sjukhem för tillfällig eller långvarig vård. Detta motsvarade 35 000 åldringar, lika många som återfanns på ålderdomshemmen. De åldringar som återfanns inom den slutna sjukvården upptog inte mindre än 14 500 vårdplatser för ”långvarigt kroppssjuka”, vilket innebar att 80 procent av de platser som var avsedda för personer med kroniska sjukdomar upptogs av åldringar.⁶²

Det var inte bara så att en åldrande befolkning snabbt fyllde upp de vårdplatser som stod till förfogande för vården för personer med kroniska sjukdomar. Även förändringen av vårdens innehåll påverkade utvecklingen. I det betänkande som sjukvårdsutredningen hade lämnat 1947 gjordes gällande att vården för personer med kroniska sjukdomar under mellankrigstiden tenderade att ha karaktären av ”dödssjukhus”.⁶³ Intagningen hade dominerats av patienter med ”hög omedelbar dödsrisk” och varit inriktad på livsuppehållande vård och lindring av lidandet.⁶⁴ Tio år senare kunde en annan sjukvårdsutredning i stället konstatera att inriktningen på vården hade ändrat karaktär och att en ”kurativ målsättning alltmer slagit igenom även inom denna vårdgren”.⁶⁵ Vården hade fått inslag av andra moment, med rehabilitering och aktivering, vilket ytterligare förlängde vårdtiderna.

Insikten om relationen mellan åldrande och förekomsten av kroniska sjukdomar fick flera konsekvenser. Till att börja med kom den att ge upphov till en diskussion om långtidssjukvårdens behov och framtida utformning. Än viktigare var dock att de kroniskt sjuka – eller ”de långvarigt kroppssjuka” som de kallades från 1959 – i första hand förstods som de kroniskt sjuka åldringarna. Eftersom denna grupp representerade 80 procent av de kroniskt sjuka blev frågan om huruvida vården för personer med kroniska sjukdomar var en fråga om ”långtidsvård” eller ”långvård” av äldre. Det tydligaste exemplet på denna förskjutning är att från denna tid och framåt gjordes beräkningarna av vilka framtida behov vården för personer med kroniska sjukdomar bedömdes ha utifrån andelen av befolkningen som var över 70 år. Här kom det betänkande som Läkarprognosutredningen lämnade 1961 att bli till riktmärke. Vården för personer med kroniska sjukdomar skulle dimensioneras utifrån beräkningen att 5,5 procent av de äldre var i behov av långtidssjukvård.⁶⁶

Ytterligare en konsekvens av dessa förändringar är visserligen svår att belägga på ett direkt sätt, men ska ändå skisseras. Vid 1960-talets ingång hade gruppen kroniskt sjuka delats upp i två. Den första var de som befann sig i arbetsför ålder, men vars förvärvsförmåga var nedsatt. Dessa skulle i första hand bli föremål för rehabilitering, och om detta inte var möjligt utgjorde förtidspensionering alternativet. Den andra, större gruppen utgjordes av de kroniskt sjuka åldringarna. Dessa skulle beredas plats inom ramen för den utbyggnad av slutenvården som planerades. Därmed hade inriktningen för vården för personer med kroniska sjukdomar fått tydliga målsättningar för dessa två grupper. Men vad hände då med den grupp av kroniskt sjuka som var i arbetsför ålder och hade en sjukdom som inte begränsade deras förvärvsförmåga? Det korta svaret är att denna grupp exkluderades från de sjukvårdspolitiska diskussionerna. Dessa kroniskt sjuka blev inte föremål för överväganden, än mindre för några vårdpolitiska satsningar. Snarare förutsattes att deras behov av medicinsk vård skulle kunna tillfredsställas inom ramen för akutsjukvårdssystemet. Denna grupp kan därigenom beskrivas som sjukvårdens ”blinda fläck”.

Den generella utvecklingen under 1900-talet uppvisade också en annan tendens – den vetenskapliga och professionella specialiseringen – som ytterligare kom att påverka kroniskt sjuka personers ställning i sjukvården. Denna utveckling mot en ökad vetenskaplig specialisering kan illustreras med sammansättningen av Medicinalstyrelsens vetenskapliga råd. När detta grundades 1915 fanns endast sju specialistområden (Medicin, Kirurgi, Psykiatri, Obstetrik, Farmaci, Hygien och Rättsmedicin); 1963 fanns 55 vetenskapsområden representerade.⁶⁷ Specialiseringen kom även att påverka sjukvårdsorganisationen. Vid 1960-talets ingång utgjorde visserligen gruppen ”kroniska sjukdomar” ett eget specialistområde, men området var svagt representerat inom slutenvården. År 1960 var endast 19 av 823 specialiserade överläkartjänster inriktade på kroniska sjukdomar.⁶⁸

Detta var resultatet av två samverkande omständigheter. För det första hade de kroniskt sjuka under lång tid befunnit sig utanför den befintliga vårdstrukturen. Därmed hade de endast under en relativt kort tidsperiod varit en del av den utvecklingsprocess genom vilken vetenskaplig specialisering

och differentiering äger rum. För det andra hade satsningen på vården för personer med kroniska sjukdomar, när den väl kom till stånd, varit inriktad på att etablera speciella sjukhem som antingen var fristående eller låg i anslutning till lasarettsväsendet. Därmed hade vården för personer med kroniska sjukdomar även i praktiken hamnat utanför de lasarettanslutna specialkliniker som utgjorde kärnan i specialiseringsprocessen. Först från 1960-talet och framåt kom de vårdpolitiska satsningarna att inriktas på att bygga kliniker för långtidsvård inom ramen för större sjukhus.⁶⁹ Men på grund av att de kroniskt sjuka vid denna tid i första hand förstods som *kroniskt sjuka äldre* kom denna senkomna specialisering att få en bestämd inriktning. Kunskapen om de kroniska sjukdomarna kom i stället att bli till kunskapen om åldrandets sjukdomar – geriatriken.

1960- och 70-tal: Den stora expansionen

Mot bakgrund av att vården för personer med kroniska sjukdomar från mitten av 1960-talet i första hand förstods vara en del av problemet med en växande åldrande befolkning blev också lösningen en accelererad utbyggnad av vårdkapaciteten för långtidssjuka. Denna sammanföll i stort sett med utbyggnaden av åldringssjukvården. Mot bakgrund av dels den generella utvecklingen på den svenska sjukvårdens område, dels den traditionella utformningen av vården för personer med kroniska sjukdomar, kunde lösningen knappast bli en annan än en satsning inom ramen för den dominerande vårdstrukturen. Problemet skulle lösas genom fler vårdplatser för långvarigt sjuka inom slutenvården.

Detta val manifesterade sig i första hand genom ett riksdagsbeslut från 1964, där förmånliga statslån skulle utgå till de landsting som valde att satsa på en utbyggnad av sjukhem för vård av långvarigt kroppssjuka.⁷⁰ Utbyggnaden föreställdes kunna ge ett nettotillskott på ca 2 000 vårdplatser per år. Som jämförelse kan framhållas att denna utbyggnadstakt var dubbelt så hög som den som hade hållits under perioden från slutet av 1940-talet och genom 1950-talet, den period då äldrevårdens institutioner överförde sin population av kroniskt sjuka åldringar till sjukvården. Perioden från mitten av 1960-talet till mitten av 1970-talet utgör den andra stora vårdstrukturella satsningen på vården för personer med kroniska sjukdomar. Utbyggnaden av vårdplatser för kroniskt sjuka kom också under denna period att bli större än på något annat vårdområde.⁷¹ På samma sätt gjordes också en satsning för att förse den framtida långvårdorganisationen med ett tillräckligt antal specialistläkare. 1961 fanns ca 40 specialistläkare inom området; 1970 beräknades långtidssjukvården omfatta 360 specialister.⁷²

Detta kom också att bli den sista stora satsningen på slutenvård i svensk sjukvårdshistoria. Bara några år efter beslutet om utbyggnaden av långtidsvården märktes en tydlig vårdideologisk förskjutning som betonade behovet av decentralisering och förordade en planmässig utbyggnad av öppenvården.⁷³ Flerläkarmottagningar i form av vårdcentraler, där allmänläkare sammanfördes med specialister, skulle komma att utgöra kärnan i den nya öppenvården. I grunden var detta inget annat Axel Höjers förslag om en reformerad öppenvård, fast realiserad med tjugo års fördröjning. Resultatet blev att den svenska sjukvården i skiftet mellan 1960- och 1970-tal uppvi-

sade två utvecklingstendenser som stod i konflikt med varandra: en vårdstrukturell satsning på slutenvård och genomslaget för en förändrad vårdideologi som i stället förordade en satsning på den öppna sjukvården.

Vad avser vården för personer med kroniska sjukdomar innebar detta inte någon omedelbar förändring även om en ny inställning höll på att göra sig gällande. Eller som läkaren Jaan Suurküla uttryckte det kort och koncist: ”Vi måste avliva den utbredda föreställningen att en kroniskt sjuk människa till varje pris måste vårdas på sjukhus”.⁷⁴ Den inneboende trögheten i varje sjukvårdssystem gjorde dock att det tog tid för de ideologiska förändringarna att få genomslag och manifestera sig i vårdstrukturen.

Därigenom kom vården för personer med kroniska sjukdomar att utvecklas utmed två skilda linjer som löpte parallellt med varandra ända fram till mitten av 1980-talet. Anledningen till detta existerade i det faktum att vården av personer med kroniska sjukdomar redan var bärare av en slags öppen-vårdsform som nu kom att få en helt annan betydelse än tidigare – hemsjukvården. Mot bakgrund av den omvärdering av öppenvården som skedde i slutet av 1960-talet kom just alternativet med hemsjukvård av långvarigt sjuka att framstå som ett mer attraktivt alternativ än tidigare. Vårdalternativet hade etablerats i slutet av 1940-talet som ett direkt resultat av beslutet att överföra sjuka åldringar från den kommunala åldringsvården till den landstingsanslutna sjukvården. Hemsjukvården kan beskrivas som ett slags temporär lösning på överflyttningsproblemet. I brist på vårdplatser för kroniskt sjuka valde landstingen att bevilja så kallade hemsjukvårdsbidrag. Dessa utgick till anhöriga som ombesörjde enklare vård av patienten i hemmet.⁷⁵ Detta system kom dock att bli till ett mer permanent inslag. I 1961 års läkarutredning gavs hemsjukvårdens framtida roll i vårdorganisationen ett erkännande:

*Ett organisationsprogram för långtidssjukvården bör vara så utformat, att det lämnar gott utrymme för vård av åldringar och långvarigt kroppssjuka i hemmen samtidigt som det möjliggör ett intimt samarbete mellan öppen och sluten vård.*⁷⁶

I Socialstyrelsens principprogram för öppenvården från 1968 gick man än längre. Man utgick ifrån att de medicinsk-tekniska möjligheterna nu fanns att överföra funktioner från slutenvården till öppenvårdsenheter, och man uttryckte dessutom ambitionen att skapa en hemsjukvårdsorganisation.⁷⁷ En vårdform som hade skapats i syfte att temporärt avlasta slutenvården hade nu blivit till ett reellt alternativ inom öppenvårdens framtida utformning. Redan 1971 hade hemsjukvården passerat den slutna vården i omfattning. Antalet kroniskt sjuka som vårdades i hemmet uppgick vid den tiden till 37 000 medan antalet långvårdsplatser uppgick till 34 000.⁷⁸

Även i de rapporter och principprogram som utarbetades under 1970-talet gavs de öppna vårdformerna och hemsjukvården ett vidare erkännande. Ett viktigt steg togs 1973 då Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI) kartlade hemsjukvården och konstaterade att flertalet somatiskt långtidssjuka kunde vårdas i hemmet.⁷⁹ I den lägesrapport över långsjukvården som Socialstyrelsen lämnade året därpå konstaterades att ”den öppna vårdens verksamhetsområden har under senare år vuxit

snabbt” och att denna bedrevs i olika former: vid polikliniker, vid tjänsteläkarnas och de privatpraktiserande läkarnas mottagningar samt inom ramen för hemsjukvården.⁸⁰

I det principprogram för långtidssjukvård som Socialstyrelsen formulerade 1976 bekräftades utvecklingen mot en mer differentierad vård för personer med kroniska sjukdomar, där öppenvården hade getts en mer framskjuten plats än tidigare. När det gällde primärvården föreställdes att vårdcentralerna skulle komma att inta en viktig plats i framtiden som institution och samordnare för vården av kroniskt sjuka. De skulle fungera som en uppfångande, remitterade och slutbehandlande instans och utgöra den ”naturliga basen” för den öppna långtidssjukvården och hemsjukvården.⁸¹ De problem som man föreställde sig låg också i linje med differentieringen. Tidigare hade man endast i begränsad utsträckning uppehållit sig vid frågor som rörde samverkan mellan olika institutioner inom sjukvården. Nu kom dessa frågor att få en annan aktualitet. Exempelvis utpekades behovet av en tydligare arbets- och funktionsfördelning samt av samverkan och kontinuitet. Social hemhjälp, servicehus för äldre, ålderdomshem, primärvård, lasarettsvård, hemsjukvård och långtidssjukvård var tvungna att ”harmonieras” för att fungera fullt ut.⁸²

Samtidigt fick långtidssjukvårdens verksamhetsinriktning ett fördjupat innehåll. Man framhöll tydligare att syftet med vården skulle inriktas på åtgärder som förbättrade patienten, lindrade besvären, minskade hjälpbehovet, ökade välbefinnandet och stärkte patientens förmåga att klara sig själv. Detta gällde inte minst de äldre långtidssjuka. Aktivering, funktionsstimulering och funktionsträning blev till honnörsord.⁸³ Förändringen låg i linje med den allt starkare betoningen på vårdens kvalitet som kom till samtida uttryck. Det var samma tendens som gjorde att den nationella lagstiftningen på sjukvårdens område 1982, för första gången, antog ”God hälsa och en vård på lika villkor” som sitt övergripande mål.⁸⁴ För långtidsvårdens del kom dock höjningen i ambitionsnivån vad gällde efterbehandling och rehabilitering att ta ytterligare resurser i anspråk, en tendens som under kommande decennium kom att få konsekvenser för långtidssjukvården i sin helhet.

Det principprogram inför framtiden som Socialstyrelsen antog 1976 – *Hälso- och sjukvård inför 80-talet* – bekräftade definitivt den betoning på primärvård som hade vuxit fram. Det var inom ramen för denna som ”hemsjukvård och den övervägande delen av all långtidssjukvård” skulle ske.⁸⁵ Trots dessa ambitioner fortsatte utvecklingen av vårdstrukturen att följa de linjer som hade fastslagits ett decennium tidigare. I mitten av 70-talet uppgick antalet vårdplatser för kroniskt sjuka till 38 000. I projektionerna inför framtiden fastslogs att ett minimum av 58 000 vårdplatser skulle behövas 1985.⁸⁶

1980- och 1990-tal: Vårdkris och strukturreformer

Vid 80-talets ingång stod alltså de nya vårdideologiska ambitionerna fortfarande i konflikt med den dominerande tendensen i utvecklingen av den befintliga vårdstrukturen. Sverige kunde uppvisa ”världens mest utbyggda – och mest institutionsinriktade – sociala och medicinska åldringsvård”, som till stor del sammanföll med vården för personer med kroniska sjukdomar.⁸⁷ När det gällde långtidssjukvården gick utvecklingen i en bestämd riktning.

Ökade medicinska behandlingsmöjligheter och höjda ambitionsnivåer när det gällde vårdens kvalitet ledde till ett ökat behov av eftervård och rehabilitering. Men trots den kraftiga utbyggnad av den slutna vården som hade genomförts sedan 1960-talet räckte vårdplatserna inte till. 1984 var det år som kom att utgöra vändpunkten. För första gången sedan tidigt 1900-tal ökade inte antalet vårdplatser inom vården för personer med kroniska sjukdomar. Utbyggnaden avstannade vid ca 52 000 vårdplatser och började till och med minska under andra hälften av 1980-talet.⁸⁸

Detta utgjorde ett definitivt trendbrott i svensk sjukvårdshistoria. Eftersom de äldre åldergrupperna fortsatte att öka, minskade också antalet långvårdsplatser relativt befolkningen. Resultatet av förändringarna lät inte vänta på sig. Utskrivningsklara patienter vid akutsjukhusen – huvudsakligen äldre, helt enkelt kallade ”bed blockers” – kunde inte skrivas ut eftersom platser för efterbehandling och rehabilitering saknades. Uppskattningsvis 15 procent av alla vårdplatser inom akutsjukvården upptogs av patienter som väntade på eftervård. Långtidssjukvårdens kris hade därmed kommit att bli ett påtagligt och konstaterbart problem för akutsjukvården.⁸⁹

Den diskussion som uppstod i krisens efterföljd präglades i stor utsträckning av ”mer eller mindre radikala förslag om nedläggningar av den dyra institutionsvården”.⁹⁰ Redan tidigt stod det klart att lösningen var tvungen att inkludera ett delat ansvar mellan landstingen och det kommunala vård- och omsorgsområdet. Debatten som följde blev bitvis mycket skarp. Landstingen anklagade kommunsidan för att ta för lätt på de äldres behov av sjukvård, medan kommunerna anklagade landstingssidan för att ”medikalisera” de äldre.⁹¹

Resultatet kom att bli Ädelreformen som beslutades 1991 och trädde i kraft året därpå. Reformen bestod i att kommunerna fick överta vårdansvaret – efterbehandling, omvårdnad och rehabilitering – för patienter äldre än 65 år. Landstingen skulle även fortsättningsvis ha det övergripande ansvaret för den kvalificerade medicinska vården. Samtidigt skapades ett ekonomiskt incitamentsystem för att patienter skulle överföras från akutsjukvården vid landstingen till kommunerna.⁹² Ambitionen var att skapa ett kontinuerligt flöde av patienter och förhindra att dessa tog upp platser inom akutsjukvården.

Förutsättningen för Ädelreformens genomförande – som i första hand tog sikte på de äldre som utgjorde huvuddelen av de långvarigt sjuka – var en kombination av omständigheter som låg åtminstone två årtionden tillbaka i tiden. Den ena var den vårdideologiska vändningen i skiftet mellan 1960- och 1970-tal med betoning på öppenvård. Dessa idéer hade under loppet av 1970-talet realiserats genom konkreta satsningar på primärvårdens utbyggnad i form av vårdcentraler. Denna utveckling handlade inte i första hand om att utöka antalet läkarstationer, utan om deras storlek och decentraliseringen av specialistresurser. I början av 1970-talet fanns ca 750 primärvårdsenheter, varav två tredjedelar var enläkarstationer, huvudsakligen uppbyggda inom ramen för det gamla statliga tjänsteläkarssystemet. År 1990 fanns ca 900 primärvårdsenheter, varav endast 6 procent var enläkarstationer och där utvecklingen hade varit störst när det gällde enheter med fyra eller fler läkare.⁹³ Därmed fanns en primärvårdstruktur på plats som var dimension-

erad för att förse befolkningen med inte bara allmänsjukvård utan även decentraliserad specialistsjukvård.

Den andra förutsättningen var hemsjukvårdens utbyggnad och professionalisering. I slutet av 1970-talet hade hemsjukvården i stort sett bestått av kontantutbetalningar till anhörigvårdare eller inneburit att landstingen köpte tjänster av kommunen i form av vårdbiträden, som sedan utförde vård i hemmet.⁹⁴ Men vid denna tid hade också ambitionsnivån höjts när det gällde kvaliteten på den vård som skulle erbjudas i hemmet. 1978 lade Socialstyrelsen, SPRI och kommunförbunden fram ett gemensamt förslag om hemsjukvård. Man strävade efter att förankra hemsjukvården i primärvården och öka den sjukvårdsutbildade personalen, och man underströk ett gemensamt ansvarstagande mellan sjukvården och den kommunala socialtjänsten.⁹⁵ Resultatet blev att det som tidigare hade varit frågan om lekmanamässig anhörigvård lades över på sjukvårdsutbildad personal. 1970 hade det exempelvis funnits 18 000 anhörigvårdare; 1985 uppgick de till endast 6 000, trots att systemet hade utökats betydligt.⁹⁶ Utan dessa två förändringar inom vårdstrukturen – primärvårdens planmässiga utbyggnad och hemsjukvårdens professionalisering – är det högst tveksamt om Ädelreformen skulle ha kunnat genomföras; åtminstone hade reformen tagit betydligt längre tid att implementera.

Resultaten av reformen infann sig omedelbart. De akuta problem som hade motiverat den löstes genom att vårdplatser frigjordes. Andelen utskrivningsklara patienter som tidigare hade tagit upp akutsjukvårdens resurser sjönk från 15 procent till 6 procent.⁹⁷ Samtidigt inleddes en process mot en avinstitutionalisering av sjukvården. Inom loppet av bara några få år, 1992–95, försvann 22 procent av vårdplatserna inom den akuta kroppssjukvården. Inom äldresjukvården försvann däremot 30 procent.⁹⁸ Denna utveckling representerar den definitiva brytningen med den dominerande tendensen inom svensk sjukvårdspolitik. År 1970 – det vill säga innan utvecklingen mot öppenvård ens hade inletts – uppgick antalet vårdplatser inom den slutna sjukvården till 134 000. I början av 90-talet hade antalet snabbt minskat till 50 000 och vid millennieskiftet var siffran nere på 32 000.⁹⁹ Beträffande vården för personer med kroniska sjukdomar innebar detta att den konkreta lösning som hade varit den dominerande under 1900-talet plötsligt övergavs.

Att utifrån 1990-talets reformer mer utförligt försöka bedöma konsekvenserna för utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar rymmer inte inom ramen för denna historiska bakgrundsbeskrivning. Ändå kan det vara värt att peka ut vad förändringarna representerar i ett större tidsperspektiv. Två resultat framträder tydligt.

För det första innebar Ädelreformen ett övergivande av den hittillsvarande utgångspunkten för vården för personer med kroniska sjukdomar. Under större delen av den undersökta tidsperioden etablerades och upprätthölls denna vårdform på basis av ett antagande om att de kroniska sjukdomarna motiverade sin egen vårdstruktur. Den dominerande akutsjukvårdsmodellens betoning på ett återförande av patienten till arbete hade delvis satts ur spel när det gällde de kroniskt sjuka. Dessa förutsattes i stället efter behandling föras vidare till en del av den institutionaliserade slutenvården som utgjorde en, åtminstone temporär, slutpunkt i vårdkedjan. Enligt den nya modellen

kom de i stället att infogas i ett slags kretslopp som var utformat utifrån akutsjukvårdsmodellens logik. Detta kan sägas vara förändringarna vad gällde de kroniskt sjukas ”utgång” i sjukvårdssystemet.

Vad gäller förändringarna av de kroniskt sjukas ”ingångar” till sjukvårdssystemet framträder samma tendens. Primärvården utformades även den utifrån akutsjukvårdsmodellen, där vårdcentralen har kommit att fungera som ”uppfångande” och ”remitterande” instans för långtidssjukvården, så som Socialstyrelsen förutsåg redan 1976.¹⁰⁰ Redan vid denna tid valde man också medvetet bort ett förslag om att upprätta en särskild typ av akut primärvård avseende personer med kroniska sjukdomar. ”Särskild verksamhet för akutmottagning bör inte organiseras inom långtidssjukvården. De långtidssjukas behov i dessa avseenden bör tillgodoses inom primärvården och den slutna korttidsvården.”¹⁰¹ Även resultatet av detta val innebär att när väl förändringarna ägde rum på 1990-talet anpassades vården för personer med kroniska sjukdomar till den utformning som traditionellt dominerat akutsjukvården.

Betraktat utifrån ett längre historiskt perspektiv innebär alltså den samtida utformningen av vården för personer med kroniska sjukdomar något som kan beskrivas som akutsjukvårdsmodellens slutgiltiga genomslag. Under vad som framstår som en historisk parentes uppmärksammades och utformades vården för personer med kroniska sjukdomar som ett eget område som krävde särskilda insatser. Från att ha varit helt utesluten ur den traditionella akutsjukvårdsmodellen har den nu helt uppgått i den.

Kroniska sjukdomar i utredningsväsendet

Ett 20-årsperspektiv

Syftet med detta avsnitt är att ge en översiktlig bild av i vilken utsträckning och på vilka sätt som kroniska sjukdomar har uppmärksammats inom det centrala svenska utredningsväsendet (Statens offentliga utredningar, SOU) under de senaste två decennierna. Avsnittet kan därigenom delvis sägas utgöra en fortsättning på föregående redogörelse av hur vården av kroniskt sjuka har gestaltat sig i ett längre historiskt perspektiv. Där den senare slutar, åren efter 1992, tar denna vid. En viktig skillnad bör dock framhållas. Medan den historiska redogörelsen ovan tar fasta på långa historiska förändringsprocesser kommer denna att uppehålla sig vid en begränsad tidsperiod, där de skilda diskussionerna kommer att uppfattas ingå i ett och samma sammanhang. Huruvida en diskussion fördes i mitten av 1990-talet eller förra året är underordnat ambitionen att peka ut de övergripande teman som återfinns under tidsperioden som helhet.

De kroniskt sjuka i periferin

Det finns många exempel på utredningar där vården för personer med kroniska sjukdomar omnämns i förbigående, men där inget egentligt uppmärksammande och än mindre någon problematisering sker.

Exempel på hur det kan se ut när vården för personer med kroniska sjukdomar förekommer perifert är de utredningar som behandlar sjukförsäkrings-

systemet och den medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsverksamheten.¹⁰² Dessa utredningar kan dock inte sägas uppvisa någon ambition att specifikt uppmärksamma eller problematisera gruppen kroniskt sjuka eller vården för personer med kroniska sjukdomar. I stället tar dessa diskussioner sin utgångspunkt antingen i reformer på dessa områden, såsom rehabiliteringsgarantin i det första fallet, eller i en ambition att förtydliga begrepp och gränsdragningar på social- och sjukförsäkringens område. I det senare fallet är inte en uppdelning mellan akuta eller kroniska sjukdomstillstånd central, eftersom helt andra distinktioner inom försäkringssystemens egna regelverk avgör vad som klassas som kronisk sjukdom eller inte. I dessa utredningar omnämns ibland gruppen kroniskt sjuka, men de är i övrigt helt inriktade på en analys som utgår ifrån sjukdom/medicinska förutsättningar till arbete, arbetsförmåga och försörjningsförmåga.¹⁰³

Äldresjukvården

En problematisering av vården för personer med kroniska sjukdomar som framträder tydligare är inom området äldresjukvården. Egentligen är det missvisande att säga att det är *en* problematisering av vården för personer med kroniska sjukdomar som sker i detta sammanhang. I stället handlar det om att ett större problemkomplex framträder inom äldresjukvården. Detta har dock inte betraktats eller behandlats som ett sammanhängande område inom utredningsväsendet.

En grundläggande fråga utgörs av *resurstilldelningen* till vården av äldre kroniskt sjuka, något som framför allt uppmärksammades under 90-talet. Detta var resultatet av två tendenser. Den första var den demografiska utvecklingen mot en åldrande befolkning, vars vårdbehov framför allt hade sin grund i kroniska sjukdomstillstånd. Den andra tendensen utgjordes av de ekonomiska nedskärningar av den offentliga vården som antingen hade gjorts eller föreställdes komma att genomföras. Diskussionen fördes i första hand av HSU 2000 som hade huvudansvaret för att utreda frågor om sjukvårdens framtida finansiering och organisation. Utredningen påpekade att omstruktureringar av vården – framför allt neddragningar inom slutenvården och utvecklingen mot öppnare vårdformer – ”i hög grad rör de delar av sjukvården som har som ansvaret för gamla och kroniskt sjuka”.¹⁰⁴ Samtidigt varnade utredningen för att ekonomiska nedskärningar skulle kunna komma att påverka gruppen äldre kroniskt sjuka särskilt hårt:

*Det finns särskilt skäl att varna för att kostnadsneddragningarna kan medföra betydande kvalitetsförluster när det gäller vården av gamla och kroniskt sjuka, ett område där det redan i dag finns brister när det gäller de medicinska insatserna och där en växande andel av omvårdnaden är beroende anhörigas och av närståendes insatser.*¹⁰⁵

Den övergripande slutsatsen när det gällde resurstilldelningen blev dock att kraven på resurser för äldre och kroniskt sjuka visserligen skulle öka betydligt inom den närmaste framtiden, men att detta i sin tur skulle uppvägas av att kraven på resurser för åldersgruppen 15–65 år var lägre.¹⁰⁶

Nära sammanhängande med frågan om resurser till vården för kroniskt sjuka äldre var frågan om hur denna grupp *prioriterades*, något som framför

allt äldreutredningen SENIOR 2005 uppmärksammade. Bakgrunden var huvudsakligen Socialstyrelsens uppföljning av de riktlinjer för prioriteringar inom vården som slagits fast 1997.¹⁰⁷ Enligt dessa skulle endast svårt akut sjuka prioriteras framför vården av svårt kroniskt sjuka. I uppföljningsarbetet konstaterades generellt att ”prioriteringsgrunderna inte följs när det gäller äldre personer”.¹⁰⁸ Detta gällde särskilt de kroniskt sjuka i denna grupp:

*De allt kortare tiderna inom akutsjukvården, snabba utskrivningar och brister i samarbetet mellan huvudmännen och mellan olika vårdnivåer och professioner, har skapat en otrygghet hos många sköra och kroniskt sjuka människor, som är beroende av en lättillgänglig vård och omsorg dygnet runt. Med detta som grund anför Socialstyrelsen att sjukvårdshuvudmännen inte har levt upp till riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*¹⁰⁹

Ett tredje område i diskussionerna rör rent konkret den del av sjukvårdsorganisationen där flertalet av de kroniskt sjuka äldre får sin fortlöpande vård: *hemsjukvården*. De problem inom hemsjukvården som har lyfts fram har i stor utsträckning handlat om det delade huvudmannaskapet som utgjorde grunden för Ädelreformen, men som också ställde stora krav på samverkan mellan två sjukvårdsorganisationer. Denna samverkansproblematik behandlas mer utförligt nedan, men det bör betonas redan här att denna problematik i grunden ingick i diskussioner om äldre kroniskt sjuka.

I detta sammanhang ska i stället en annan aspekt av diskussionerna om äldresjukvården lyftas fram som även den berör sjukvårdsorganisationen: hur organisationen påverkar kontakten mellan vårdgivare och patienter. I diskussionerna tecknas en tämligen mörk bild av hur äldre med kroniska eller långvariga sjukdomar hanteras inom primärvården. De får sällan träffa läkare i anslutning till hemvården utan tvingas uppsöka sjukhusens akutmottagningar. Dessa mottagningar är ”inte rätt plats för de utredningar och den vård- och omsorgsplanering som dessa personer behöver”. Detta i sin tur leder till ”onödiga och felaktiga beslut om fortsatt omhändertagande på sjukhus”, samtidigt som de korta vårdtiderna innebär ”att äldre skrivs ut med fortsatta och omfattande behov av medicinsk behandling, rehabilitering och omvårdnad”.¹¹⁰ Denna problembeskrivning pekar på en fundamental brist som finns inbyggd i sjukvårdsorganisationen – att den kvalificerade vården återfinns i ett system som är utformat för akuta sjukdomstillstånd och som inte förmår tillgodose de kroniskt sjukas behov av mer omfattande utredningar, uppföljning och vårdplanering.¹¹¹ I en utredning sammanfattas situationen på följande vis:

*Den dominerande bilden är att insatserna för personer med flera samtida och långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar är osammanhängande och att det saknas ett helhetsansvar. Dessa personer ställer krav på att vården organiseras så att den kan ta ansvar för hela individens behov. Dessvärre är vård och omsorg alltför ofta fragmentiserad utan helhetsansvar.*¹¹²

Denna typ av problematisering av sjukvårdssystemets förmåga att möta de kroniskt sjukas vårdbehov sammanfaller delvis med uppmärksammandet av

multisjuklighet. Patienter med två eller flera sjukdomar eller funktionsnedsättningar är naturligtvis inte ett problem som uteslutande återfinns inom äldresjukvården. Det faktum att förekomsten av multisjuklighet är så pass utbredd just inom de övre åldersgrupperna gör dock att diskussionerna tenderar att uttrycka multisjuklighet såsom ett problem som relaterar specifikt till äldre. I dessa sammanhang framstår multisjuklighet som ett problem som inte har uppmärksammats i tillräckligt hög utsträckning, varken vad gäller det medicinska kunskapsläget eller när det kommer till sjukvårdens utformning. Det framhålls exempelvis att "det vetenskapliga underlaget i dag är som sämst för de patientgrupper som får mest sluten vård och mest 'multibehandling'" och att kunskaperna om hur dessa sjukdomstillstånd påverkar patienten i sin vardag är "otillräckliga".¹¹³ Kombinationen av dessa kunskapsbrister, problemen inom sjukvårdsorganisationen och en ökande äldre befolkning gör att "uppgiften att ta hand om äldre människor med en eller flera kroniska sjukdomar med långa sjukdomsförlopp" framstår som en av de största utmaningarna inom den framtida sjukvården.¹¹⁴

Det komplex av problem som framträder i diskussionerna kring de äldre kroniskt sjuka spänner över ett brett område. Det omfattar resurstilldelning, prioriteringar, samverkan, vårdkontakter och multisjuklighet. Detta gör att äldresjukvården framstår som det enskilda område där den mest intensiva problematiseringsaktiviteten kring vården för personer med kronisk sjukdom sker. Detta är knappast särskilt förvånande utifrån ett historiskt perspektiv, eftersom vården för personer med kroniska sjukdomar historiskt sett har identifierats just som vård av äldre.

Det måste dock framhållas att det finns vissa begränsningar inbyggda i dessa diskussioner. Till att börja med är problematiseringsinsatserna utspridda över ett flertal diskussioner och återfinns inom utredningar med vitt skilda uppgifter. Detta leder till en fragmentiserad problembild, samtidigt som de lösningsförslag som presenteras är begränsade till enskilda områden. En annan brist är att de slutsatser som problematiseringarna leder fram till begränsas till gruppen äldre kroniskt sjuka, när de rimligtvis i viss utsträckning är tillämpbara på andra grupper av kroniskt sjuka.

Samverkansproblematiken

Ett tema för de utredningar som indirekt behandlar vården för personer med kroniska sjukdomar rör frågan om samverkan. Flera utredningar har berört detta tema.¹¹⁵ Den som tydligast fokuserat på frågan är dock *Samverkansutredningen* som tillsattes 1999 och lämnade sitt slutbetänkande året därpå. Utredningens övergripande uppdrag var att "beskriva och analysera de problem som finns i dag vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg på de områden där det finns behov och intresse av att samverka."¹¹⁶ Bakgrunden till utredningen var bland annat de brister i samverkan som uppmärksammats på äldreområdet, framför allt när det gäller de medicinska insatserna inom den kommunala vården och omsorgen, men även förekomsten av parallella organisationer till exempel på hjälpmedelsområdet och inom hemsjukvården.¹¹⁷ Utredningen utgick visserligen inte specifikt från gruppen kroniskt sjuka eller från brister i vården för personer med kroniska sjukdomar. Men genom att fokus låg på

äldresjukvården i allmänhet och hemsjukvårdssystemet i synnerhet kom utredningen i praktiken att handla om de brister i samverkan mellan kommun och landsting som i stor utsträckning berörde just äldre, kroniskt sjuka.

Utredningen kan beskrivas som en direkt fortsättning på en sammanhängande diskussion vars ursprung står att finna redan i den proposition i slutet av 1980-talet som låg till grund för Ädelreformen. I denna framhölls det vara ”utomordentligt angeläget” att göra ansträngningar för att ”förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer, olika berörda yrkesgrupper och olika huvudmän”.¹¹⁸ Ädelreformen byggde på ett delat huvudmannaskap för vården av äldre och kom därigenom att ge upphov till en samverkansproblematik. Sedan reformens införande 1992 har denna problematik uppmärksammats i skilda sammanhang, exempelvis i uppföljningen av Ädelreformen under andra halvan av 1990-talet och genom Socialstyrelsens uppdrag från 1996 att följa den fortsatta utvecklingen på äldreområdet.¹¹⁹ Resultatet av dessa uppföljningar var att de ”visade ganska snabbt på behovet av förbättrad samverkan. Bl.a. var ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel oklart och brister i vårdplanering, informationsöverföring och inom den kommunala hälso- och sjukvården uppmärksammades”.¹²⁰

Samverkansutredningen kom att lämna en rad förslag på hur förbättringar skulle kunna åstadkommas på samverkansområdet, exempelvis att möjligheter skulle ges att inrätta gemensamma nämnder mellan huvudmännen och att kommunerna skulle få möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.¹²¹ Ytterligare ett förslag gick ut på att införa en ny funktion i vården, ett slags ”lots” som skulle hjälpa den enskilde patienten att navigera igenom den uppdelade sjukvårdsstrukturen:

*Många människor med långvariga och sammansatta vårdbehov skulle behöva personligt stöd i form av en ”lots” som hjälper till att överbrygga passagen mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Huvudmännen måste ta ett tydligt och gemensamt ansvar för den enskildes väg genom vårdkedjan genom långsiktig och samordnad planering, samordning av resurser och arbetsinsatser.*¹²²

Såväl den problembild som utredningen utgick ifrån som de förslag den lämnade hade direkt bäring på vården för personer med kroniska sjukdomar, även om detta inte gjordes specifikt. Därigenom kan just frågan om samverkan beskrivas som en del av en indirekt problematisering av vården för personer med kroniska sjukdomar. Flera iakttagelser kring samverkanstemat är värda att lyfta fram.

Till att börja med indikerar kontinuiteten i denna diskussion och det faktum att utgångspunkterna inte förändrats nämnvärt över tid att ett reellt problem har identifierats. Problemen är också strukturella till sin karaktär; de är inbyggda i och en direkt konsekvens av det delade huvudmannaskapet. Samtidigt är det tydligt att de förslag som lagts för att komma tillrätta med problemen *inte* handlar om förändrade strukturer. Som exempel på hur just denna aspekt aktivt har uteslutits från diskussionen kan framhållas att i Samverkansutredningens direktiv sades uttryckligen att denna inte skulle föreslå mer genomgripande förändringar av sjukvårdsstrukturen: ”Förslagen skall utgå från dagens system och inte innebära några stora förändringar av

huvudmannaskapet.”¹²³ De förslag som lades låg också i linje med direktiven. De handlade om addera ytterligare delar till den befintliga strukturen (gemensamma nämnder) eller förskjuta gränserna inom strukturen (möjligheter till kommunala läkarinsatser). Tyngdpunkten kom dock att ligga på förslag som handlade om förändrade processer inom strukturen. Frågor som rör samverkan, kommunikation, informationsöverföring eller hjälpfunktioner för att patienten ska kunna orientera sig i systemet – alla är de processuella till sin karaktär. För att beskriva det kortfattat utgör samverkanstemat ett försök att komma till rätta med ett strukturellt problem genom att finna processinriktade lösningar.

Samverkansutredningens förslag var heller inte särskilt konkreta. De skrev uttryckligen att ”lösningen på de samordningsproblem som kan förekomma ligger inte i ännu fler bestämmelser i lagstiftningen eller i införande av nya rättigheter”.¹²⁴ I stället efterlyste de en förändrad attityd till problematiken: ”Enligt vår mening är det viktigt att huvudmännen och den nationella nivån vidareutvecklar ett ’gränsöverskridande’ synsätt kring styrning, verksamhetsutveckling och uppföljning med utgångspunkt från den enskilde brukarens behov.”¹²⁵ I denna formulering återfanns också ett patientcentrerat perspektiv som skulle kunna utgöra en lösning på samverkansproblematiken som inte inbegrep strukturella förändringar eller mer genomgripande omställningar i vårdprocessen: man skulle utgå ifrån den enskilde brukarens behov.

Det patientcentrerade perspektivet

Från slutet av 1990-talet och fram till i dag har frågor rörande patientens ställning inom vården alltmer kommit att uppmärksammas. En rad utredningar har just haft den enskilde patienten som utgångspunkt och behandlat skilda aspekter av dennes relation till sjukvårdssystemet. Utredningarna har exempelvis berört patientens rättigheter, möjligheter att välja vårdgivare och inflytande över valet av medicinsk behandling.¹²⁶ Andra frågor som har uppmärksammas utifrån detta perspektiv har berört patientsäkerhet och vårdskador, patientlagstiftning, informationshantering och journalförande.¹²⁷ Samtidigt har patientens ställning inom sjukvården förändrats, bland annat genom riksdagens beslut 1999 om stärkt patientinflytande.¹²⁸

En aspekt av detta nya fokus på patienten är idén om en patientcentrerad vård. Frågan om en sådan inriktning på vården kan inte sägas utgöra ett enhetligt område, ingå i en diskussion eller hänföras till enskilda utredningar. Snarare handlar det om att en tendens har gjort sig gällande under de senaste åren, med ambitionen ”att se patienten som en unik människa snarare än som bärare av en sjukdom, att patienten har en egen vilja och egna preferenser och att patienten vill vara delaktig i beslut om sin egen vård”.¹²⁹ Framför allt har det betonats att patientens medverkan i sin egen vård ställer krav på sjukvårdens arbetssätt:

I en patientcentrerad vård är patienten en partner i relationen med vårdgivaren och tar en mer aktiv roll i beslut kring den egna vården. Detta ställer ökade krav på hälso- och sjukvårdspersonalen att bjuda in patienten i diskussioner kring utformningen och genomförandet av vårdinsatser. På patienten ställs samtidigt ökade krav på kunskaper för att han eller hon

*aktivt ska kunna delta i beslut och utformning av vårdinsatsen. Forskning visar att ökad delaktighet från patientens sida ökar kvaliteten i vårdinsatsen.*¹³⁰

I de diskussioner som förs förekommer även att gruppen kroniskt sjuka uppmärksammas, ur flera perspektiv. Generellt kan sägas att man i utredningarna ställer sig positiv till utvecklingen på området och konstaterar att kroniskt sjuka patienter i allt större utsträckning involveras i vården:

*I ökande utsträckning kan brukare och patienter själva styra inriktningen på sin vård och omsorg. Inte minst har sådana möjligheter utvecklats för de med kroniska sjukdomar eller stödbehov. Här finns flera exempel på egenvård-, behandling och kontroll som både underlättar för den enskilde och samtidigt avlastar vården och omsorgen.*¹³¹

I skilda utredningar framhålls också hur delaktigheten både påverkar kroniskt sjukas möjligheter att leva med sin sjukdom och förbättrar vårdresultaten. I dessa sammanhang återkommer patienter med diabetes och reumatism som exempel på hur ett patientcentrerat arbetssätt och patientmedverkan – både i form av planering och i form av egenvård – har gett goda resultat.¹³²

Tillämpningen av dessa perspektiv och arbetssätt när det gäller personer med kroniska sjukdomar blir även föremål för en problematisering. Det som i första hand lyfts fram är att det ofta finns brister i den *kommunikation* mellan sjukvårdspersonal och patient som utgör förutsättningen för att patienten senare ska kunna bli delaktig i sin egen vård. Det kan handla om att patienterna inte får tillräckligt med information, inte får ta del av behandlingsplaner och inte ges tydliga instruktioner om vilka symtom de ska ge akt på och när de ska söka fortsatt vård. I de studier som har gjorts har det också visat sig att Sverige, internationellt sett, uppvisar brister när det kommer till denna form av kommunikation.¹³³

Det är bland annat i förhållande till detta problem som en mer övergripande diskussion som rör sjukvårdens arbetssätt är relevant att ta upp. Den handlar om brister vad gäller kontakt, kommunikation och kontinuitet. Frågan om bristande kontinuitet och frånvaron av fasta vårdkontakter är en diskussion som har förts under hela den undersökta tidsperioden och resulterat i en rad lösningsförslag. Oavsett om förhoppningarna om att kunna avhjälpa bristerna har knutits till husläkarreformen, införandet av patientansvarig läkare (PAL) eller etableringen av ”vårdlotsar” har grupper såsom kroniskt sjuka, äldre och multisjuka intagit en framträdande plats i diskussionerna.¹³⁴ En utredning kring frågan om jämställd vård uttryckte förhållandet på detta sätt:

*Kontinuitet är nästan definitionsmässigt mer angelägen vid kronisk vård än vid kortvarig vård. Det är just vid långvariga vårdepisoder som det är angeläget att veta att man får träffa samma doktor och att denne har tillräcklig kunskap om patienten för att kunna värdera förändringar i sjukdomen. På samma sätt är kontinuiteten viktigare vid sammansatta än enkla sjukdomstillstånd.*¹³⁵

De diskussioner som förts på senare år om behovet av att upprätta vårdplaner och stärka patientens rätt till fasta vårdkontakter samt om erbjudandet av

vårdlotsar genom sjukvårdssystemet kan därigenom sägas vara ett svar på en problematisering som i hög grad berör de kroniskt sjuka.¹³⁶ Dessa innovationer utgör dessutom en förutsättning för att en patientcentrerad vård ska kunna genomföras på detta område.

Prioriteringsdiskussionerna

I början av 1990-talet uppstod en intensiv offentlig diskussion kring prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Diskussionen var knappast grundad i ett teoretiskt intresse om den etiska grundvalen för sjukvårdens resursfördelning. I stället uppkom den i en situation med betydande förändringar av sjukvårdssystemet och mot bakgrund av ett ekonomiskt krismedvetande. Vissa debattörer framhöll att sjukvården ”rör sig i en situation där de samlade kraven som riktas mot den är större än de resurser som görs tillgängliga för vård”.¹³⁷ Men det var inte bara försämrade ekonomiska förutsättningar för den offentliga vården som utgjorde utgångspunkten för diskussionen. Även nya lednings- och styrformer samt framtida inslag av konkurrens inom sjukvårdsområdet ansåg man skulle komma att påverka innehållet i vården.¹³⁸ I en situation präglad av bristande resurser skulle det också vara nödvändigt att formulera riktlinjer kring vilken typ av vård och vilka patientgrupper som skulle prioriteras framför andra.

Detta var bakgrunden till 1992 års Prioriteringsutredning. Den naturliga utgångspunkten för dess arbete var den övergripande målsättning som hade slagits fast i 1982 års hälso- och sjukvårdslag: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.”¹³⁹ Uppgiften för utredningen blev att ”lyfta fram de grundläggande etiska principer efter vilka nödvändiga prioriteringar i vården bör ske” och dra upp riktlinjerna för hur lagens målsättning skulle omsättas i praktiken i situationer då prioriteringar var tvungna att göras”.¹⁴⁰

Redan i utredningens utgångspunkter slogs fast att människor med kroniska sjukdomar utgjorde en av de grupper vars vårdbehov särskilt skulle uppmärksammas. Man pekade på att ett motiv till att upprätta riktlinjer för prioriteringar var att ”säkra resurser för vård av god kvalitet för särskilt utsatta och svaga grupper, vård av svårt och kroniskt sjuka, vård av människor med nedsatt självbestämmande och vård i livets slutskede”.¹⁴¹ I en situation präglad av resursbrist föreställde man sig annars att vården för personer med kroniska sjukdomar skulle komma att drabbas på ett direkt sätt genom att de nedprioriterades. Som exempel på vad som skulle kunna komma att ske utpekade man på att patienter skulle komma att skickas hem eller föras över från slutna till öppna vårdformer, trots att sjukhusvård var medicinskt motiverad, eller att personaltätheten skulle bli lägre än vad som krävdes för att upprätthålla en god kvalitet av vården för svårt och kroniskt sjuka.¹⁴²

Det viktigaste principiella resultatet av utredningens arbete blev att en etisk plattform formulerades, byggd på tre principer ingående i en fallande skala. Den första var *människovärdesprincipen*, det vill säga att alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Den andra utgjordes av *behovs- eller solidaritetsprincipen*, som slog fast att resurser bör satsas på de områden där behoven är som

störst. Den tredje principen var *kostnadseffektivitetsprincipen*, det vill säga att man vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder skulle eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.¹⁴³

Samtliga principer hade direkt bäring på frågan om de kroniskt sjukas ställning när det gällde prioriteringar. Enligt den första principen slogs fast att det inte var etiskt godtagbart att göra prioriteringar utifrån patientens "kronologiska ålder" eller "funktioner i samhället".¹⁴⁴ Det faktum att patienten exempelvis tillhörde de högre åldersgrupperna och inte var förvärvsarbetande var alltså inte giltiga skäl för nedprioritering. Detta var särskilt viktigt eftersom sådana prioriteringar annars skulle kunna komma att beröra betydande delar av gruppen kroniskt sjuka. I den andra principen betonades att solidariteten särskilt var tänkt att beakta behoven hos vissa svaga grupper, där personer med kronisk sjukdom enligt utredningens synsätt ingick.¹⁴⁵ Slutligen framhölls att kostnadseffektivitetsprincipens räckvidd begränsades av de två föregående principerna. Det sades uttryckligen att det var oförsvarligt "att man avstår från eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt handikappade eller andra, där vården inte skulle löna sig".¹⁴⁶ Gruppen kroniskt sjuka hade därigenom uppmärksamats och blivit föremål för långt gångna hänsynstaganden.

Samma omsorg om personer med kronisk sjukdom kom också till uttryck i den indelning i prioriteringsgrupper som presenterades i slutbetänkandet och som utgjorde det mest konkreta resultatet av utredningen. Vid prioriteringar på det som benämndes den *politisk-administrativa* nivån, det vill säga resursfördelningen mellan olika vårdområden, kom personer med kronisk sjukdom att tillhöra grupp 1 och 3 på en fyragradig skala. I den första, högst prioriterade gruppen, jämfördes vården av svåra kroniska sjukdomar med vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. För att ytterligare inskräpa betydelsen av att svårare kroniska sjukdomar tillhörde denna grupp tillfogades man följande:

*Utredningen finner att vård av svåra kroniska sjukdomar och vård i livets slutskede får för litet resurser i förhållande till lägre prioriterade grupper. Denna obalans är inte i överensstämmelse med en humanitär grundsyn, den av utredningen föreslagna etiska plattformen eller de grundläggande motiveringarna för en solidariskt samhällsfinansierad sjukvård.*¹⁴⁷

Till den senare prioriteringsgruppen, grupp 3, hörde däremot "vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar".¹⁴⁸ Dessa kroniska tillstånd gavs därigenom lägre prioritet än den vård som fanns representerad i grupp 2: "Prevention med dokumenterad nytta. Habilitering, rehabilitering m.m. enligt hälso- och sjukvårdslagens definition."¹⁴⁹

Vid prioriteringar inom den *kliniska verksamheten* kom dock en naturlig uppdelning att göras inom grupp 1, genom att "livshotande akuta tillstånd och sjukdomar som utan snabb behandling leder till invalidiserande tillstånd eller för tidig död" fick företräde även framför svåra kroniska sjukdomar.¹⁵⁰

För att summera hade alltså de kroniska sjukdomarna generellt getts en framträdande plats i utredningsarbetet. Än viktigare var att de svårare kroniska sjukdomarna hade getts högsta prioritet i resursfördelningen och jämfördes med akuta livräddande åtgärder, ett val som utredningen konstaterade var unikt ur ett internationellt perspektiv.¹⁵¹ Samtidigt bör framhållas att de mindre allvarliga kroniska tillstånden hade getts en tämligen låg prioritet, trots att patienterna i denna grupp utgjorde en överväldigande del av de kroniskt sjuka i sin helhet.

Utredningens huvudresultat kom att ligga till grund för riksdagens beslut om etiska riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården 1995. Två år senare tillsattes en ny utredning, som tog namnet Prioriteringsdelegationen. Dess uppdrag var inte i första hand inriktat på utredning eller uppställande av förslag. I stället skulle den sprida information om riksdagens riktlinjer, utveckla metoder för deras spridning, inhämta internationella erfarenheter och stimulera till diskussion. Men i uppdraget ingick också uppgiften att ”värdera effekterna av riktlinjerna” med särskild uppmärksamhet på ”äldre, funktionshindrade och andra människor med svaga resurser”.¹⁵² Den senare uppgiften inkluderade därmed delar av gruppen kroniskt sjuka.

Generellt kan sägas att de kroniskt sjuka inte intog någon framskjuten plats i delegationens utredningsarbete, även om det initierades en fallstudie kring reumatism för att studera ”en grupp kroniskt sjuka patienter retrospektivt för att se huruvida prioriteringsbeslutet påverkat omfattningen av och kvaliteten på den medicinska behandlingen och rehabiliteringen”.¹⁵³ Delegationens allmänna slutsats blev att de etiska principerna fortfarande var ”ganska dåligt förankrade” inom sjukvården.¹⁵⁴ När det gällde gruppen kroniskt sjuka kunde utredningen konstatera att det fanns en tydligare överensstämmelse mellan de etiska riktlinjerna och prioriteringarna inom läkemedelsförmånen, men en sämre överensstämmelse i fråga om ”vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar”.¹⁵⁵ Det var alltså de tillstånd som ingick i prioriteringsgrupp 3 som sades vara åsidosatta. Denna grupp framhölls även vara i behov av såväl prioritering som fortsatta analyser.¹⁵⁶

Sedan prioriteringsdelegationen avslutade sitt arbete 2001 har kritiska synpunkter på hur sjukvården prioriterar vården för personer med kroniska sjukdomar, både generellt och när det gäller vården för äldre kroniskt sjuka, framförts. Ett exempel på det senare utgörs av den tidigare nämnda äldreutredningen.¹⁵⁷ Även i utvärderingarna av den nationella vårdgarantin förekom samma kritik av tillämpningen av prioriteringsriktlinjerna. I en undersökning byggd på enkäter till verksamma läkare konstaterades att många av de tillfrågade var av den uppfattningen att vårdgarantin ledde till felprioriteringar i vården. Man menade att framför allt yngre, välutbildade och mindre sjuka patienter prioriteras framför äldre och kroniskt sjuka.¹⁵⁸ Även Sveriges läkarförbund var av en liknande uppfattning och påpekade att vårdgarantin ledde till undanträngningseffekter som framför allt drabbade ”äldre, multisjuka och kroniker”.¹⁵⁹ I linje med detta framhölls också att personer med kroniska sjukdomar missgynnades framför patientgrupper med ”enklare men mätbara vårdbehov”, samtidigt som kontinuiteten i vården – i form av återbesök och kontroller – blev lidande.¹⁶⁰

Trots den kritik som har framförts mot prioriteringarna av kroniskt sjuka sedan de etiska riktlinjernas slogs fast 1995, är det fel att säga att denna patientgrupp har getts något större utrymme i diskussionerna. Det förefaller i stället som att de kroniskt sjuka har gått ifrån att ha varit en mycket uppmärksammas grupp i 1990-talets prioriteringsdiskussioner till att ha blivit en icke-fråga. Den indelning i prioritetsgrupper som lades fast för 20 år sedan tycks ha fixerat personer med kronisk sjukdom i två grupper, där de med svårare kroniska sjukdomstillstånd, grupp 1, framstår som oproblematisk, medan den kritik som ändå har förekommit har fokuserat på kroniskt sjuka personer med mindre allvarliga tillstånd, det vill säga de som ingår i grupp 3.

Kroniskt sjuka i centrum

I det genomgångna materialet skiljer en utredning ut sig. Denna genomfördes av Sociala rådet 2012 och den utmärker sig genom att kroniska sjukdomstillstånd intar en förhållandevis central ställning i analysen. Utredningen består av en systematisk litteraturstudie över forskningen kring *multipla hälsoproblem* hos personer äldre än 60 år och uppvisar likheter med den studie om relationen mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro som presenterades 2010, även den utförd av Sociala rådet.¹⁶¹

Även om utredningens huvudfokus ligger på multisjuklighet, som inte nödvändigtvis innebär den samtida förekomsten av två eller fler kroniska sjukdomar, representerar arbetet en ambition att inventera kunskapsläget när det kommer till en betydande del av gruppen kroniskt sjuka i sin helhet.

Utredningen behandlar multisjuklighet utifrån fyra huvudsakliga frågor: *förekomsten* av multisjuklighet, möjliga *riskfaktorer* bakom förekomsten, *konsekvenser* för såväl individer som samhället, och *vårdbehovet* hos personer med multisjuklighet.¹⁶² Den genomgångna litteraturen är hämtad från en rad forskningsområden: epidemiologi, folkhälsovetenskap och vård- och omsorgsforskning, men inkluderar även litteratur utgående från kliniska erfarenheter. Utredningen presenterade flera intressanta resultat som även har bäring på gruppen kroniskt sjuka, exempelvis uppskattningar kring förekomsten av multisjuklighet:

*När multisjuklighet definierades som två eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar var prevalensen hos personer över 75 år 60–70 procent. När multisjuklighet definierades antingen som fler än två samtidigt förekommande kroniska sjukdomar, eller som fler än en sjukdom tillsammans med funktionsnedsättning, blev prevalensen 25–26 procent.*¹⁶³

Än mer relevant är de slutsatser som drogs rörande vårdbehovet hos personer med multipla hälsoproblem. Det framhölls att dessa personer har ett ”omfattande behov av både medicinsk vård och omsorg med kontinuerligt samarbete mellan specialiteter, liksom samarbete över yrkesmässiga och organisatoriska gränser”.¹⁶⁴ Vidare konstaterades att dessa omständigheter ställde särskilda krav på sjukvårdssystemet:

Kliniker och forskare är överens om att personer med multisjuklighet behöver vård som omfattar ett holistiskt synsätt, kontinuerligt samarbete mellan specialiteter och över yrkesmässiga och organisatoriska gränser.

*Människor med dessa omfattande behov av både medicinsk vård och omsorg innebär en speciell utmaning för vårdsystem som är uppdelade efter disciplin och administreras av olika myndigheter. Det finns således fortfarande många brister när det gäller samarbetet kring vård och omsorg av äldre multisjuka, såväl i Sverige som i många andra länder.*¹⁶⁵

Denna beskrivning av vårdbehovet hos personer med multipla hälsoproblem är påfallande lik den som en rad utredningar, som direkt eller indirekt har behandlat vården för personer med kroniska sjukdomar, också har kommit fram till. I själva verket finns en betydande överlappning, inte bara mellan dessa två patientgrupper – kroniskt sjuka och multisjuka. Även vad gäller bristerna i sjukvården och de lösningsförslag som ges framträder samma bild. Det som betonas är helhetsperspektiv på patienten, kontinuitet och samarbete mellan olika delar i sjukvårdssystemet. Beträktat på detta sätt sammanför utredningen kring multisjukdom både samtida problematiseringar och lösningsförslag som återkommer i utredningar som berör vården för personer med kroniska sjukdomar.

Sammanfattande iakttagelser och slutsatser

Utmärkande tendenser i svensk sjukvård

I den historiska utvecklingen kan ett antal tendenser skönjas som kan sägas ha kommit att känneteckna det svenska sjukvårdssystemet i sin helhet. Då dessa särdrag även har bäring på utformningen av vården för personer med kroniska sjukdomar är de värda att lyfta fram.

Betoning på slutenvård

Ett särdrag inom den offentliga vården är betoningen på slutenvård. Genom medvetna vårdpolitiska satsningar från 1800-talet och framåt har antalet sjukvårdsinstitutioner och antalet slutenvårdsplatser stadigt ökat. Denna utveckling kulminerade under 1970-talet, då Sverige kunde uppvisa västvärldens mest institutionaliserade sjukvård. Vid 1980-talets ingång hade Sverige 1,6 medicinska vårdplatser per capita; för människor över 65 års ålder uppgick andelen som vårdades inom slutenvården till 5 procent.¹⁶⁶ Även om man ser till läkarkårens sammansättning framträder samma bild. I slutet av 1800-talet var 60 procent av läkarna privatpraktiserande; 25 procent var tjänsteläkare och ingick i den öppna vården medan endast 15 procent återfanns inom den slutna vården. I slutet av 1930-talet var i stället 50 procent verksamma inom slutenvården. Från 1970-talet har siffran legat på över 80 procent.¹⁶⁷

Centralisering av sjukvårdsresurser

Nära sammanhängande med denna utveckling är centraliseringen av sjukvårdsresurserna. Dessa har huvudsakligen knutits till den befintliga vårdstrukturen i form av det traditionella lasarettsväsendet. Genom organisatoriska förändringar – bland annat en uppdelning mellan primärsjukvård, länssjukvård och regionsjukvård – har en vårdstruktur skapats där de tek-

niska resurserna för diagnostik och avancerad medicinsk behandling har koncentrerats.¹⁶⁸ Denna trend blev framför allt tydlig under perioden 1950–1970, som kännetecknades av en satsning på att bygga ut de stora sjukhusen.¹⁶⁹ Under 2000-talet har den specialiserade somatiska vårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård växt något, till 54 procent, medan primärvårdens andel ligger stabilt runt 17 procent.

Hög grad av professionell specialisering

Ett sista särdrag utgörs av den höga graden av professionell specialisering, såväl inom sjukvården som i läkarkårens sammansättning. På 1950-talet var hälften av de verksamma läkarna allmänläkare medan andra halvan kunde uppvisa specialistkompetens.¹⁷⁰ I början 1980-talet uppgick andelen allmänläkare till endast 19 procent av läkarkåren, vilket var lägre än i de nordiska grannländerna.¹⁷¹

Vissa av de trender som historiskt har dominerat utvecklingen av det svenska sjukvårdssystemet – landstingens övergripande ansvar, betoningen av sluten vård, utbyggnaden av sjukvårdsinstitutionerna och centraliseringen av resurserna – har under de senaste decennierna brutits. Från slutet av 1960-talet har en decentraliseringstendens i stället gjort sig gällande, med en utbyggnad av öppenvården och en avinstitutionalisering som följd, samtidigt som kommunerna övertagit ansvaret för delar av sjukvården.

Vården för personer med kroniska sjukdomar

Endast under en relativt kort tidsperiod i den moderna sjukvårdens historia har personer med kroniska sjukdomar varit en del av det svenska sjukvårdsväsendet. Under en period av närmare 200 år var de på principiella grunder exkluderade från den slutna vårdens institutioner. Anledningen var att den moderna sjukvårdsstrukturen byggdes upp kring en vårdideologi som satte återförandet av patienten till produktivt förvärvsarbete i centrum, den så kallade akutsjukvårdsmodellen, vilket automatiskt uteslöt gruppen kroniskt sjuka.

När väl denna grupp började uppmärksammas under 1910- och 1920-talen kom initiativet talande nog från den kommunala fattigvården. Det var framför allt det problem som kroniskt sjuka personer utgjorde för deras verksamhet som motiverade förslaget om att de borde beredas tillgång till förbättrad medicinsk vård, även om man i samtiden också underströk det ”behjärtansvärda” med en sådan satsning.¹⁷² Lösningen kom att följa den tradition som hade etablerats redan under 1800-talet: personer med kronisk sjukdom skulle erbjudas vård inom ramen för den slutna sjukvården och i form av specialistsjukhus.

Ändå kom det att dröja fram till skiftet mellan 1940- och 1950-talet innan en mer systematisk satsning på vården för personer med kroniska sjukdomar verkligen kom till stånd. Även denna gång bestämdes utvecklingen inte i första hand av de kroniskt sjukas behov, utan av nödvändigheten att överflytta gruppen äldre kroniskt sjuka från det kommunala området till landstingen, för att därigenom bereda plats för den utbyggnad av äldreomsorgen som planerades. Detta kom också att bli inledningen till en satsning på vården för personer med kroniska sjukdomar, som i stort sett sammanföll med äldre-

sjukvården. Perioden från 1947 och fram till 1980-talet utgör också den period då vården för personer med kroniska sjukdomar gavs högsta prioritet inom sjukvårdspolitiken och en planmässig utbyggnad av vårdstrukturen ägde rum. Denna satsning kom dock delvis att ske parallellt med en vårdideologisk omsvängning som inföll i slutet av 1960-talet, och som betonade nödvändigheten av en utbyggd öppenvård. De nya idéerna kom dock att realiseras strukturellt först under 1980-talet. Den kris inom sjukvården som dominerade 1980-talet kom under 1990-talet att reversera en 200-årig utvecklingstrend. Den vårdstruktur som hade byggts upp för slutenvård av kroniskt sjuka – främst äldre – avvecklades. Samtidigt återkommunaliserades delar av denna vård och kroniskt sjuka infogades i den akutsjukvårdsmodell som i äldsta tid hade exkluderat dem.

Länge ett lågprioriterat område

Utifrån detta historiska perspektiv kan en generell slutsats formuleras: vården för personer med kronisk sjukdom har varit ett område med lägre prioritet än andra sjukvårdsområden. Det är viktigt att framhålla att detta i första hand inte har varit resultatet av någon medveten nedprioritering av eller en ens underskattning av kroniskt sjukas vårdbehov. Tvärtom, från 1920-talet och framåt har detta behov getts ett erkännande. I stället står förklaringen att finna i ett annat mönster som framträder i samma historiska skeende. För även om vården av personer med kroniska sjukdomar under 1900-talets gång blev föremål för medvetna och omfattande vårdpolitiska satsningar, och tog betydande resurser i anspråk, stod dessa initiativ oftast i relation till och bestämdes av verksamheten på andra områden.

Ett resultat av utvecklingen inom andra vårdområden

Detta leder fram till den andra iakttagelsen som kan göras: kroniskt sjuka och den vård de har erbjudits har genomgående betraktats och styrts av vårdpolitiska hänsynstaganden som huvudsakligen ligger utanför deras eget område. Utformningen av vården för personer med kroniska sjukdomar har bestämts utifrån fattigvårdens behov, utifrån nödvändigheten att överflytta delar av äldreårdens klientel från ett område till ett annat och utifrån de problem som en åldrande befolkning innebar. Till och med de genomgripande förändringar som genomfördes i slutet av 1900-talet – avinstitutionaliseringen och återkommunaliseringen av delar av långsjukvården – bestämdes av en allmän kris inom den offentliga vården.

Strukturella påverkansfaktorer med lång historia

En tredje iakttagelse som direkt berör relationen mellan sjukvårdens traditionella utformning och kroniskt sjukas behov kan därmed identifieras: utformningen av vården för personer med kroniska sjukdomar har i stor utsträckning bestämts av vårdstrukturella faktorer som ligger långt tillbaka i tiden. 1700-talets akutsjukvårdsmodell kom att exkludera personer med kronisk sjukdom från sjukhusväsendet. 1800-talets satsning på en utbyggnad av den slutna vårdens institutioner kom inte att omfatta de kroniskt sjuka. 1900-talets allt starkare utveckling mot vetenskaplig och professionell

specialisering kom inte att få någon betydelse för kroniskt sjuka som grupp, utan kom i stället att ge upphov till uppkomsten av geriatriken som medicinsk specialisering.

En konsekvens av dessa utvecklingslinjer är att de kroniskt sjuka inte har kommit att utgöra en egen övergripande vårdkategori, vare sig historiskt eller i samtiden. I stället har de befunnit sig i skärningspunkten mellan fattigvård och åldringsvård, mellan arbetsförhet och rehabilitering, mellan en tradition av slutenvård och radikala öppenvårdsreformer.

Vården för kroniskt sjuka i fokus för första gången

Sedan 1900-talets början har personer med kroniska sjukdomar såsom grupp definitivt uppmärksamats, såväl inom utredningsväsendet som i sjukvårdsdebatten. De har blivit föremål för vårdpolitiska prioriteringar, underkastats vårdideologiska förändringar och getts ett betydande utrymme inom vårdstrukturen. Ändå har diskussionerna kring vården för personer med kroniska sjukdomar begränsats till frågor som gäller sjukvårdens finansiering, huvudmannaskap och de kroniskt sjukas plats i den befintliga vårdstrukturen, och rent konkret rört bristen på vårdplatser. De frågor som genomgående har varit frånvarande i denna vårddiskussion har rört de kroniska sjukdomarnas speciella karaktär, de särskilda vårdbehov som dessa sjukdomar ger upphov till och målkonflikten som uppstår i gränssnittet mellan ett vårdssystem som i grunden är utformat för att åtgärda akuta sjukdomstillstånd, inte för att erbjuda vård och behandling för en livslång sjukdom. Betraktad utifrån ett tidsperspektiv som tar i beaktande 250 års utveckling inom det svenska sjukvårdsväsendet utgör 2014 års regeringsuppdrag att utreda läget, förutsättningarna och problemen avseende vården för personer med kroniska sjukdomar faktiskt en unik möjlighet att för första gången problematisera och föreslå lösningar på ett område vars grundförutsättningar tidigare inte har beaktats i sin egen rätt.

Samlad bild från statliga utredningar

Utifrån den samlade bilden av nästan 25 års utredningar av hälso- och sjukvården framträder också några övergripande teman i diskussionerna kring gruppen kroniskt sjuka. En grundläggande iakttagelse är att vården för personer med kroniska sjukdomar under denna tid inte har uppmärksamats i egen rätt. De utredningar som har genomförts och de problematiseringar som har gjorts har genomgående haft andra utgångspunkter än gruppen kroniskt sjuka. De har i stället handlat om äldresjukvården, samverkan, rehabilitering, hemsjukvård, folkhälsa, cancersjukvård och patienträtt, bara för att nämna några exempel. I dessa sammanhang har vården för personer med kronisk sjukdom, mer eller mindre indirekt, uppmärksamats och tidvis blivit föremål för problematisering. Men detta uppmärksammande har till stor del varit oavsiktligt. Problematiseringen av vården för personer med kroniska sjukdomar framstår ur detta perspektiv som högst fragmentarisk.

Trots detta är det möjligt att göra en rad relevanta iakttagelser utifrån denna genomgång. Betraktar man dessa utredningars till synes disparata resultat sammantaget framträder ändå bilden av en mer övergripande problematisering av vården för personer med kroniska sjukdomar. Denna

uppvisar en hög grad av kontinuitet, men inkluderar även idéer och förslag på hur dessa problem ska kunna åtgärdas. De teman som återkommer i de samtida diskussionerna pekar också framåt och understryker att vården för personer med kroniska sjukdomar är i behov av en genomgripande genomlysning och reformering.

Till att börja med utpekas vården för personer med kroniska sjukdomar som ett högst angeläget område i många utredningar och som en fråga som tillhör framtiden. De dominerande utvecklingslinjerna – den demografiska utvecklingen och förändringar i sjukdomsmönstret, i kombination med nya behandlingsmöjligheter och brister i vården – pekar i samma riktning. En utredning sammanfattar läget på detta sätt: ”Utmaningen för samhället framöver utgörs därmed bland annat av bördan av kroniska sjukdomar och kronisk medicinering i takt med att patienterna överlever och lever längre.”¹⁷³

Samtidigt kan på senare år en begreppslig förskjutning iakttas. Även om begreppet kroniskt sjuk inte intar en stark ställning i de senaste årens utredningsverksamhet visar närvaron av begrepp såsom ”multisjuklighet”, ”samsjuklighet” och ”komplexa/sammansatta vårdbehov” att uppmärksamheten håller på att riktas även mot vården för personer med kroniska sjukdomar. För tio år sedan kunde man i en utredning konstatera att dessa begrepp var förhållandevis nya och att de hade studerats i ”påfallande liten utsträckning”.¹⁷⁴ Så är inte längre fallet. Tvärtom förekommer de i en rad sammanhang och används för att peka ut specifika problemområden som sammanfaller med den kritik som har riktats mot olika aspekter av vården för personer med kroniska sjukdomar. En uppgift för den framtida lägesrapporteringen kring vården av kroniskt sjuka skulle kunna vara att ge vården för personer med kroniska sjukdomar en central analytisk ställning. Det bör alltså ske en tydlig avgränsning av begreppet. Detta gäller dels i förhållande till den traditionella förförståelsen – där kroniskt sjuka har betraktats som kroniskt sjuka *äldre människor* – dels i förhållande till ansträngningarna att etablera begreppen multisjuklighet, samsjuklighet, komplexa vårdbehov som centrala i analyserna och problematiseringarna. I annat fall riskerar personer med kroniska sjukdomar att osynliggöras begreppsligt med direkta konsekvenser för möjligheterna att problematisera vården för personer med kroniska sjukdomar i sin helhet.

Nulägesbild av vården för personer med kroniska sjukdomar

Primärvårdens betydelse för vården av personer med kroniska sjukdomar

Socialstyrelsen och referensgruppen har haft ingående diskussioner kring primärvårdens betydelse för vården av personer med kroniska sjukdomar. Särskilt viktigt är detta eftersom primärvården utgör den huvudsakliga arenan när det gäller landstingens vårdinsatser för dessa patienter. Under det senaste halvseket befinner sig primärvården i ett paradoxalt förhållande till hälso- och sjukvården i stort. Å ena sidan har investeringar i hälso- och sjukvården under denna tidsperiod primärt riktats till specialistvård och sjukhus. Å andra sidan finns en uttalad politisk ambition på statlig nivå att öka primärvårdens andel av de samlade resurserna, sedan Socialstyrelsens principprogram om en utbyggd primärvård presenterades år 1968. Denna ambition var särskilt närvarande under 1980- och 1990-talen. I exempelvis propositionen *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m.* betonas att primärvården ska kunna tillhandahålla ett brett serviceutbud för hela befolkningen för att kunna utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet.¹⁷⁵ Denna föreställning och ambition att primärvården ska fungera som bas för hela hälso- och sjukvården återkommer 10 år senare i propositionen *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*:

*Primärvården som basen i hälso- och sjukvårdsstrukturen skall markeras genom att det av HSL ska framgå att dess ansvar omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller ålder, sjukdomar eller patientgrupper.*¹⁷⁶

I landstingen är det dock först under senare tid som primärvården fått ökad uppmärksamhet. En förklaring till detta är sannolikt de effektiviseringar och förändringar som påbörjades bland sjukhusen kring mitten av 1990-talet och som successivt har bidragit till en förändrad syn på den öppna vården utanför sjukhusen. Mer vård ges i primärvården och andra öppna vårdformer, vårdtiderna har förkortats, vård av äldre har flyttats över till kommunerna och det finns färre sjukhus med akutmottagningar.

Parallellt med denna utveckling bidrar exempelvis ändrade demografiska förhållanden till ett ökat behov av vård och omsorg för personer med långvariga och kroniska sjukdomar. I växande grad finns också en insikt om att primärvården kan ge lika bra vård av vanliga sjukdomar och inte enbart ska betraktas som ett billigare alternativ till annan specialistvård. En väl fungerande primärvård lyfts också fram som ett sätt att främja en jämlig fördelning av vårdresurserna.

Även internationellt har betydelsen av en stark och väl fungerande primärvård uppmärksamats under senare tid. Som exempel kan nämnas att

WHO:s världshälsorapport år 2008 fokuserade på investeringar i primärvård. Samma år diskuterades framtidens primärvård i USA i flertalet artiklar i ett nummer av tidskriften New England Journal of Medicine.¹⁷⁷ Dessutom finns en nyligen publicerad jämförande europeisk studie som betonar fördelarna med en stark primärvård, vilket anges finnas i exempelvis Danmark, Spanien och Storbritannien.¹⁷⁸ Data från samma studie visar även att det finns fördelar för personer med kroniska sjukdomar att bo i ett land med en stark primärvård.¹⁷⁹

För svenskt vidkommande har en studie av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visat att nästan hälften av befolkningen i två studerade landsting har en kronisk diagnos och att hela 25 procent har minst två diagnoser. Den senare patientgruppen svarar också för ungefär 50 procent av de totala vårdkostnaderna. Kombinationer av kroniska sjukdomar är så vanliga att de kan betraktas som folksjukdomar.¹⁸⁰

Samtidigt delar deltagarna i Socialstyrelsens arbetsgrupp den allt mer vedertagna bilden att primärvården, liksom vården i stort, fortfarande är organiserad för att i första hand hantera akuta episoder.¹⁸¹

Mot bakgrund av detta är det en utmaning för primärvården att koordinera och integrera den vård som ges till individer på ett sätt som gör den långsiktigt hållbar. Särskilt tydligt blir detta i en tid när primärvårdens innehåll breddas till att även omfatta vård som ges av andra vårdaktörer inom såväl specialistvård som kommunal hemsjukvård.¹⁸²

Det finns därmed ett stort behov av mer kunskap om primärvårdens insatser vid kroniska sjukdomar och om de vårdresultat som uppnås. Under 2014 tog SKL initiativ till ett landstingsgemensamt arbete som syftade till att identifiera och kartlägga tillgången till kvalitetsdata, analysera skillnader mellan bästa tillgängliga kunskap och rådande praxis för vissa kroniska sjukdomar samt kartlägga primärvårdens möjligheter att arbeta i enlighet med rekommendationer i nationella riktlinjer. I rapporten *Hur går det för patienten med kronisk sjukdom?* konstaterar SKL att det finns tydliga utvecklingsbehov men också goda förutsättningar för att nationellt samla in grundläggande kvalitetsdata för patienter med kroniska sjukdomar i primärvården. Samtidigt betonas att det finns en rad hinder för ett sådant utvecklingsarbete. Särskilt pekar rapporten på att den nuvarande organisationsmodellen och vårdstrukturen kan hindra utvecklingen av framtidens primärvård:

*Därför finns det behov av ett nationellt ställningstagande till hur framtidens primärvård i praktiken ska kunna bedriva en verksamhet grundad på bästa tillgängliga kunskap och där den enskilde yrkesutövaren löpande kan följa sin följsamhet till "best practice" med dagens fragmenterade vårdutbud och IT-infrastruktur.*¹⁸³

Sammanfattningsvis visar denna översiktliga genomgång att primärvården intar en central position i utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Det är däremot inte helt klart hur dagens vårdstruktur påverkar primärvårdens förmåga att exempelvis koordinera och integrera denna vård i sin verksamhet utifrån bästa tillgängliga kunskap. Framtida insatser för att utveckla vården för dessa personer behöver därför ta större hänsyn till

primärvårdens faktiska villkor och förutsättningar att framgångsrikt implementera dessa.

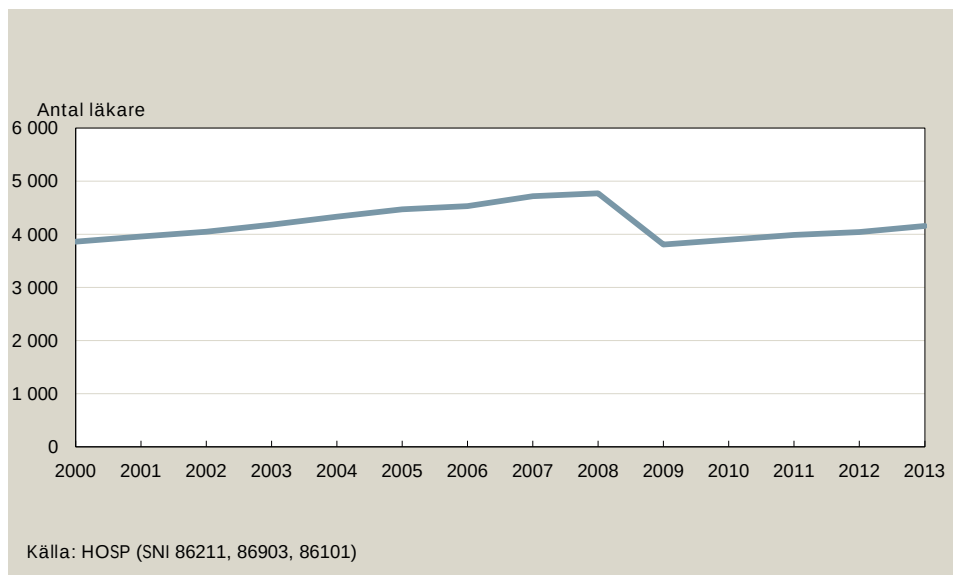
Tillgången på allmänläkare fortsatt låg

Allmänläkare har en central position i den långsiktiga utvecklingen av primärvården. Det framgår tydligt i exempelvis propositionen *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården* där dåvarande regeringen år 2000 betonar betydelsen av en god tillgång på allmänläkare. Man ansåg att en god tillgång ger primärvården praktiska förutsättningar att utgöra basen i hälso- och sjukvården men att det också förbättrar tillgängligheten och kontinuiteten. För att uppnå detta behövdes fler allmänläkare. I propositionen pekades man nämligen på att Sverige är ett av de länder som har högst läkartäthet inom EU, men att detta inte gäller primärvården. Därför beslutades att antalet specialister inom allmänmedicin skulle öka med 170 per år, från 4 300 år 2000 till 6 000 stycken år 2010.¹⁸⁴

Socialstyrelsen gjorde 2005 en uppföljning av de överenskommelser som följde av *Handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*, och vi konstaterade att antalet allmänläkare hade ökat väsentligt men inte tillräckligt för att nå målet om 6 000 läkare inom primärvården. Ökningen av antalet allmänläkare i relation till den totala ökningen läkare var däremot densamma 2005 som 2001.¹⁸⁵ Den relativa ökningen går alltså långsamt trots de riktade insatser som genomförts, och det tyder på att orsaken kan vara strukturella problem och förhållanden. Denna bild förstärks av Sveriges läkarförbunds rapport *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin*, från 2014. Rapporten är en uppföljning och utvärdering av vilka konsekvenser reformen med lagstadgat vårdval har fått för läkarbemanningen inom primärvården. Den är intressant eftersom man fokuserar på kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården, och en fungerande kompetensförsörjning är nödvändig för att få en långsiktig och stabil tillgång på specialister inom allmänmedicin. I rapporten konstateras att en rad strukturella hinder samverkar för att begränsa denna tillgång, bland annat den obalans som råder mellan primärvårdens sjukvårdsuppdrag och dess utbildningsuppdrag. Det senare anses inte ha uppmärksammats i tillräcklig utsträckning, och över tid har det lett till större svårigheter att rekrytera unga läkare till specialister i allmänmedicin.¹⁸⁶

Trots de insatser som har gjorts sedan handlingsplanen beslutades 2000 är den långsiktiga utvecklingen av antalet läkare i primärvården bekymmersam.

Figur 1. Antal allmänläkare sysselsatta inom primärvården 2000 – 2013



Som framgår av figur 1 ökade antalet allmänläkare långsamt till och med år 2008 för att därefter kraftigt gå tillbaka. Sedan följde en långsam återhämtning till samma nivå som år 2003. Det är också värt att notera att målet om 6 000 allmänläkare år 2010 i primärvården byggde på en befolkningsprognos om 9 miljoner invånare. Vid utgången av år 2010 bodde drygt 9,4 miljoner människor i Sverige enligt Statistiska centralbyrån (SCB), vilket innebär drygt 2 400 personer per allmänläkare i stället för de 1 500 som anges i handlingsplanen. Mellan år 2010 och 2013 sjönk dock kvoten något till drygt 2 300 listade i befolkningen per allmänläkare. Minskningen är dock blygsam och hamnar långt ifrån de mål som sattes upp i handlingsplanen 13 år tidigare. För närvarande uppgår befolkningens mängd till 9,8 miljoner människor (september 2015).

Den medicinska utvecklingens betydelse

Ett sätt att tydliggöra primärvårdens villkor och förutsättningar är att på ett övergripande sätt beskriva hur vårdorganisationen har påverkats av den medicinska utveckling som skett under de senaste decennierna.

Efter en nedgång i infektionssjukdomarnas relativa betydelse under 1960-talet tog hjärt- och kärlsjukdomarna över och stod för de flesta vårdinsatserna under 1970- och 1980-talen. Därefter ökade insatserna för rörelseorganens sjukdomar och de psykiatriska sjukdomarna under 1990- och 2000-talen. Under denna tidsperiod skedde också en övergång från omhändertagande av akuta tillstånd på sjukhusen till insatser utanför sjukhusen med ökade inslag av rehabilitering. De kroniska sjukdomstillstånden behandlades i ökad utsträckning vid öppna mottagningar utanför sjukhusen och då särskilt vid primärvårdens enheter. Många tillstånd (till exempel höftfraktur och hjärtinfarkt) har under de senaste 40 åren utvecklats från behandlingsbara till botbara till följd av ökad medicinsk kunskap. Detta har fått två omedelbara konsekvenser: den sjukhusbundna vården har förkortats betydligt och

mortaliteten har minskat. Samtidigt har uppföljning av vård och behandling överförs från sjukhus till primärvård och kommunal hemsjukvård.

Ökad kunskap och förbättrad diagnostik har lett till nya arbetsuppgifter genom att sjukdomar såsom KOL, osteoporos och psykiska sjukdomar oftare diagnostiseras och behandlas i primärvården. Parallellt med detta har gränserna för behandling av de stora sjukdomsgrupperna ändrats så att fler personer nu betraktas som kroniskt sjuka. Exempelvis har gränsen för farmakologisk behandling vid högt blodtryck ändrats från 160 i systoliskt tryck under 1980-talet, till dagens 140. Dessutom har utveckling av läkemedel och behandlingsmetoder lett till en högre medicinsk ambitionsnivå för flera patientgrupper såsom diabetiker, personer med förslitningstillstånd i rörelseorganen och personer med hjärt- och kärlsjukdomar. Den medicinska utvecklingen har således medfört att en allt större andel patienter upptäcks och behandlas inom primärvården samtidigt som fler patienter diagnostiseras för sjukdomar som tidigare behandlades vid sjukhus. Detta skapar ett dubbelt tryck på primärvården och dess organisation.

Den medicinska utvecklingen har alltså bidragit till och påskyndat framväxten av organisationsformer utöver den traditionella sjukhusbaserade organisationsstruktur som länge gällde för hälso- och sjukvården. Exempelvis har den medicinska kunskapsökningen medfört att ett stort antal hälsoproblem numera hanteras av vårdteam och vårdprojekt inom primärvården. En konsekvens av detta är att vårdansvaret och styrningen av medicinska åtgärder har förskjutits från läkare till andra yrkeskategorier och i förlängningen till patienterna, som fått ett allt större ansvar för behandling av sina sjukdomar. Diabetessjuksköterskemottagningar har exempelvis fått en betydelsefull roll i vård och behandling av diabetes. Denna fragmentering av primärvårdens organisation har skapat svårigheter att inlemma dessa verksamheter i det ordinarie linjearbetet, och detta har i sin tur försvårat exempelvis den lokala samordningen mellan vården och externa myndigheter och organisationer.

Pågående arbete för ökad patientcentrering

Exempel från handlingsplanerna 2015

I den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar lyfts patientcentrerad vård fram som ett av tre prioriterade förbättringsområden. Under 2015 har regeringen och SKL träffat en överenskommelse om förbättrad tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård, i syfte att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälso- och sjukvård. Överenskommelsen innebär bland annat att landstingen ska ta fram handlingsplaner för att utveckla en mer patientcentrerad vård. Planerna samlades in av SKL och överlämnades till Socialdepartementet i mitten av oktober 2015. Socialstyrelsen har ett särskilt uppdrag att följa denna överenskommelse och dessa handlingsplaner, och att delredovisa resultatet våren 2016. Vi vill dock ge en bild av läget 2015 för vården av personer med kroniska sjukdomar utifrån ett av regeringens utpekade förbättringsområden, och ger

redan här några exempel på hur landsting och regioner har valt att beskriva sitt pågående eller planerade arbete med patientcentrering.

Handlingsplanerna är inte specifikt utformade för vården av personer med kroniska sjukdomar även om denna vård omnämns i flera av planerna. De ger dock en god överblick över såväl strategiska inriktningar som konkreta åtgärder som *även* har betydelse för denna vård.

Begreppet patientcentrerad vård

Begreppet patientcentrerad vård används med lite olika innebörd och flera landsting och regioner väljer att i stället beskriva sitt arbete utifrån begreppet personcentrerad vård.¹⁸⁷ En region menar att personcentrerad vård kan betraktas som en vidareutveckling av patientcentrerad vård och tydliggör att varje patient är en person som större delen av sin tid lever utanför hälso- och sjukvården.

Vissa betonar personens berättelse som utgångspunkt för ett partnerskap mellan patient och anhöriga och de professionella vårdgivarna. I en handlingsplan syftar personcentrerad vård på att i grunden förändra vad det innebär att vara patient. I en annan beskrivs utvecklingen som en radikal förändring av den rådande kulturen och att det sannolikt kommer krävas stora insatser under lång tid för att få en verklig kulturförändring.

I flertalet handlingsplaner betonas att all verksamhet ska präglas av patientmedverkan och ett personcenterat arbetssätt, och att detta är en direkt konsekvens av patientlagen. Som exempel på en konkretisering av detta anges i en handlingsplan att:

- patienten deltar i sin egen vård
- vården bidrar till att patienten själv kan hantera sin hälsa
- patient och närstående är med i planeringen och genomförandet av patientutbildningar
- patient och närstående och personalen utvecklar vården tillsammans.

Ett landsting menar att begreppet patientcentrering är förhållandevis nytt och i ett annat planerar man att ta fram en definition.

Processer och flöden

I de flesta handlingsplaner beskrivs en direkt konsekvens av patientcentreringen: behovet av processer och flöden som utgår från det som skapar värde för patienterna. Väl fungerande vårdprocesser mellan såväl specialiteter som huvudmän krävs för att tillfredsställa stora behovsgruppers växande krav på god vård. Flera landsting och regioner anger att man under lång tid har utvecklat processerna inom områden såsom diabetes, stroke, vård av äldre och cancer.

Samtidigt som behovet av processutveckling betonas anger flera att utvecklingen mot ökad processorientering har gått för långsamt, och att det behövs ytterligare stöd för att implementera processmodeller och bättre it-stöd.

Tjänstedesign som metod lyfts i en av handlingsplanerna fram som en del av landstingets strategi för att stärka den personcentrerade vården, och i en annan nämns behovet av att utbilda nyckelpersoner i processorienterat arbete.

Organisatoriska förändringar

Behovet av processutveckling hänger ihop med flera av de pågående eller planerade organisatoriska förändringar som nämns i handlingsplanerna.

Ett par landsting tar upp behovet av att utveckla närvården. Syftet med närvårdsarbetet är att utveckla lokala vård- och stödmodeller i samverkan mellan berörda kommuner, utifrån befolkningens behov av lokala insatser och för de patientgrupper som behöver insatser från båda huvudmännen. Målet med närvårdskonceptet är att exempelvis kroniskt sjuka och äldre personer ska kunna leva ett tryggt och självständigt liv utan att i onödan behöva vistas på sjukhus, och att patienter ska kunna få mer avancerad sjukvård hemma, exempelvis transfusioner. I en handlingsplan framhålls att sjukhus kan ses som en riskmiljö för sjuka äldre och att man hela tiden behöver se alternativ till slutenvård på sjukhus.

Flera landsting och regioner pekar specifikt ut behovet av att utveckla primärvården. En region beskriver att vårdcentralen ska vara förstahandsvalet för invånare som behöver hälso- och sjukvård under hela livet. Vårdcentralen ska stödja individens önskan att påverka sin vård och behandling och fatta självständiga beslut om var, när och av vem vården ges. I handlingsplanen anges vidare att primärvården ska stärka invånarnas inflytande, ta tillvara och utveckla professionella gruppers kompetens, styra mot önskvärda resultat samt arbeta proaktivt inom hälso- och sjukvård.

I en annan handlingsplan anges förutsättningar för en mer jämlik hälsa: ett samhälle som ger människor tillit till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro i ett samspel mellan individ, miljö och samhälle. Primärvården måste i framtiden kunna hantera ett antal utmaningar, bland annat svårigheter med kompetensförsörjning, demografisk utveckling, krav på ökad tillgänglighet och mer tid för patienterna, behov av minskad administrativ börda samt behov av ökad samverkan med övriga sjukvården.

I en av regionerna innebär utvecklingsarbetet med primärvården till exempel att:

- vårdcentralens uppdrag och roll ses över, definieras och tydliggörs
- styrning, stöd och administration för bästa patientnytta utvecklas genom att underlätta samverkan och koordinering av stora patientgrupper
- vårdcentralernas kompetensförsörjning ska säkras både på kort och på lång sikt.

I ett av landstingen vill man utveckla nätverkssjukvården så att vården i så stor utsträckning som möjligt ska erbjudas nära patienten. Detta gäller särskilt vanligt förekommande vård och vård till grupper som behöver samverkan mellan sjukvården och kommunernas vård och omsorg. Inriktningen av vården ska eftersträvas enligt fyra principer:

- Individens hälsa är i fokus vid varje möte med vården.
- Oavsett vart individen vänder sig ska denne få stöd att hitta rätt i vården.
- Tillräcklig samt adekvat information och kompetens finns i hela vården.
- Individens samlade behov är utgångspunkt för den vård som erbjuds.

En annan region nämner den så kallade allmänläkarkonsultmodellen för samverkan mellan primärvård och allmänmedicin och specialiserad vård som

man avser att utveckla. Modellen syftar till goda relationer och större förståelse för varandras arbete.

I några handlingsplaner hänvisas till medverkan i SKL:s innovationsprojekt ”Flippen i primärvården”. Ett av projekten syftar exempelvis till att utmana det rådande vårdssystemet och utveckla nya arbetssätt för att på ett bättre sätt möta människors behov av hälsa. Idén är att utgå från det som är viktigt för patienterna och därefter forma vårdens insatser. Det kan handla om att hitta nya och befintliga kompetenser hos patienter, vårdpersonal och övriga samhällsaktörer.

I en annan del av landet planeras att pilottesta en virtuell vårdcentral där ett virtuellt vådrum ska utrustas och möjliggöra läkarbesök via videolänk.

Styrning och uppföljning

Det är tydligt att patientcentrering förekommer i flera landstings och regioners övergripande styrdokument. I en handlingsplan anges att regionfullmäktige i sin regionplan har satt strategiska mål för likvärdig och tillgänglig vård som innefattar dels samverkan med kommunerna så att patientens väg genom vården sker samordnat över organisatoriska gränser, dels vårdplanering med patienten i centrum och samordning av alla berörda vårdaktörer.

Ett landsting har ett styrdokument för utbyggnad och förändring av den framtida vårdstrukturen i länet och det bygger på att befolkningen ska få en hälso- och sjukvård som är rätt och säker för deras behov. En förutsättning för detta anges vara att vårdens aktörer samarbetar kring den enskilde utifrån dennes behov. Vården ska i så stor utsträckning som möjligt erbjudas nära patienten. Detta gäller särskilt vanligt förekommande vård och vård till grupper som behöver samverkan mellan sjukvården och kommunernas vård och omsorg.

En region betonar vikten av ett nytt utvecklingsavtal som man håller på att ta fram med de berörda kommunerna. Syftet är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser. Avtalet ska möjliggöra en utveckling av den kommunala hemsjukvården så att den omfattar insatser som inte enbart är på primärvårdsnivå.

Vidare pekar några på behovet av ersättningsmodeller som i större utsträckning stimulerar till att utveckla omhändertagandet av kroniskt sjuka och vårdtunga patienter. Ett landsting har också börjat ta fram ett förslag till en mer värdebaserad ersättningsmodell för länets husläkarmottagningar som stödjer innovation. Enligt nuvarande planering ska modellen testas i en del av länet innan man tar ställning till ett bredare införande.

Flera landsting beskriver sitt arbete med resurs-, kapacitets- och produktionsplanering. Syftet är att bättre analysera behoven och kapaciteten över tid och att skapa en helhetssyn. Arbetet förväntas även ge bra underlag för bedömningar om framtida kompetenskrav.

I några regioner och landsting bedrivs arbete för att få en alltmer automatiserad uppföljning av primärvården. Arbetet bygger på SKL:s rapporter *Hur går det för patienten med kronisk sjukdom?*, *Kronisk sjukdom i primärvården* och *Basmodell för primärvårdsuppföljning*. Arbetet ska koordineras med respektive landstings- eller regionledning och ska passa verksamheternas behov av uppföljning. Arbetet bedrivs parallellt i de tre landstingen och

regionerna, och det förväntas leda till större jämförbarhet och mer likartad uppföljning. I en region tar man till exempel fram en struktur för att fånga och följa upp olika sjukdomsgrupper och indikatorer som är viktiga för jämförelser både lokalt och med andra landsting och regioner. Indikatorer som tas fram ska kunna användas för förbättringsarbete avseende BMI, rökning och motionsvanor samt för stöd i rådgivning. Vidare skapas utdata-rapporter för uppföljning på gruppnivå vid exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, stroke, KOL, depression och demens.

Diskussion

Vissa delar från handlingsplanerna har återgivits och sammanfattats i förenklad form för att ge en övergripande bild av hur landstingen och regionerna har valt agera för att utveckla en mer patientcentrerad vård. Det är tydligt att frågan om primärvårdens betydelse och utveckling är central för många landsting och regioner i detta arbete. Ännu är det oklart huruvida de aktiviteter som landstingen och regionerna planerar kan överkomma de mycket grundläggande strukturella hinder som beskrivits i denna rapports historiska framställning, eller om dessa hinder förtar den förväntade effekten av dessa aktiviteter. Beroende på det faktiska utfallet behövs olika justeringar för att uppnå en patientcentrerad vård. Frågan är om de ska göras inom ramen för den befintliga strukturen eller genom grundläggande strukturförändringar såsom en märkbar omfördelning av resurser till primärvården.

Sammanfattande diskussion

Det offentliga utredningsväsendet har i princip aldrig uppmärksammat vården för personer med kroniska sjukdomar. De utredningar som genomförts och de problematiseringar som gjorts har haft andra utgångspunkter än gruppen kroniskt sjuka. De har i stället handlat om äldresjukvården, samverkan, rehabilitering, hemsjukvård, folkhälsa, cancersjukvård och patienträtt, bara för att nämna några exempel. I dessa sammanhang har vården för personer med kroniska sjukdomar delvis uppmärksammas och tidvis blivit föremål för problematisering, men till stor del på ett indirekt sätt. Problematiseringen av vården för dessa personer framstår ur detta perspektiv som högst fragmentarisk.

Något paradoxalt pekas vården för personer med kroniska sjukdomar ut som ett angeläget område i flera utredningar. Under det senaste decenniet ser vi också en begreppslik förskjutning som inneburit att problem som är kopplade till denna vård kan identifieras med ökad precision. Dock behövs mer kunskap om primärvårdens nära förhållande till utvecklingen av vården för denna målgrupp för att insatser och åtgärder ska bli ändamålsenliga och verkningsfulla. Detta är särskilt viktigt eftersom mycket tyder på att en stark primärvård är en förutsättning för att utveckla en långsiktigt hållbar och patientcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar.

Under de senaste decennierna har riksdagen uttryckt ambitionen att primärvården ska stå stark och utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Samtidigt har en rad propositioner och offentliga utredningar påtalat betydelsen av en patientcentrerad hälso- och sjukvård. Däremot beskrivs en sådan patientcentrerad vård med i stort sett samma argument och språkbruk som för 20 år sedan. Detta indikerar att de förslag till förändringar och förbättringar som formulerats inte tar tillräcklig hänsyn till de strukturella omständigheter och förhållanden som påverkar förutsättningarna för att utveckla en långsiktigt hållbar patientcentrerad primärvård. Därför är det angeläget att öka kunskapen om hur komplexa vårdssystem fungerar, och om förutsättningarna för att uppnå varaktiga förändringar inom dessa.

Regeringens satsning på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar innebär att personer med sådana sjukdomar för första gången kan utgöra utgångspunkt och mål för analyser och problematiseringar av hur hälso- och sjukvården i allmänhet, och primärvården i synnerhet, kan utvecklas och förbättras när det gäller denna patientgrupp.

I denna lägesrapport har en historisk tillbakablick gett ny kunskap om hur strukturella förhållanden och omständigheter som ligger långt tillbaka i tiden påverkar dagens beslut och åtgärder för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. En strukturell omständighet som försvårar utvecklingen av en patientcentrerad vård är den produktionslogik som genomsyrar svensk hälso- och sjukvård; det handlar om en komplex organisation som är strukturerad för att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Detta får särskild betydelse när en ökande andel patienter med kroniska sjukdomar har vårdbehov som hälso- och sjukvården inte primärt är

inriktad på att hantera. På sikt riskerar dessa förhållanden att skapa en målkonflikt som försvårar utvecklingen av en ändamålsenlig och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård för hela befolkningen på lika villkor. Arbetet med att skapa en patientcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar är dock nära sammankopplat med en förstärkning av primärvården, då en majoritet av hälso- och sjukvårdens insatser för personer med kroniska sjukdomar sker i primärvården.

Det framåtsyftande arbetet med att utveckla såväl vården för målgruppen som primärvården bör dock präglas av insikten att riksdag och regering i tre decennier har pekat på att primärvården ska ha en stark ställning i svensk hälso- och sjukvård. Trots denna politiska ambition går utvecklingen i motsatt riktning: en ökande andel av sjukvårdens resurser förläggs till specialistvården och sjukhusväsendet, vilket leder till en relativt försvagad och fragmenterad primärvård. För att bryta denna utveckling behövs mer kunskap om primärvårdens organisation och struktur på systemnivå. Detta bedöms vidare vara en förutsättning för att kunna peka ut verkningsfulla och varaktiga åtgärder som syftar till att utveckla en långsiktigt hållbar och patientcentrerad primärvård för målgruppen.

Lägesrapporten för 2015 ska i första hand förstås som en kunskapsplattform för det fortsatta arbetet med att beskriva utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. I nästa lägesrapport är fokus att tydliggöra de strukturella och organisatoriska omständigheter som bedöms hindra eller bidra till utvecklingen av en patientcentrerad primärvård för personer med kroniska sjukdomar. En del av detta arbete tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens pågående uppdrag att närmare granska landstingens strategiska arbete för en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Ytterligare en utgångspunkt för de kommande lägesrapporterna är att beskriva de kunskaper som vunnits i denna rapport när det gäller patienters erfarenheter och kunskaper om hur vården för personer med kroniska sjukdomar fungerar, men också om hur den borde fungera.

Bilaga 1. Deltagare i referensgrupp

Deltagare i Socialstyrelsens referensgrupp

Svenska Läkaresällskapet (SLS)

Filippa Nyberg

Anna Kiessling

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Malin André

Gösta Eliasson

Olof Norin

Ulrika Elmroth

Svensk sjuksköterskeförening

Anna Lindquist

Elisabet Welin Henriksson

Inger Torpenberg

Janet Leksell

Bilaga 2. Internationell utblick

Svensk sjukvårds två ansikten i internationella jämförelser

För att öka kunskapen om effektiviteten och kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård har SKL genomfört en studie som jämför svensk vård med övriga EU (exklusive Grekland, inklusive Norge) och USA. Rapporten fokuserar på vårdens utfall och konstaterar att Sverige står sig mycket väl när det gäller vård som syftar till överlevnad. Samtidigt kan sjukvård inte reduceras till att endast vara en fråga om att rädda liv. Viktigt för sjukvård av hög kvalitet är att den skapar trygghet för patienten genom vårdprocessen och svarar mot människors förväntningar på delaktighet, kommunikation och bemötande – graden av patientcentrering. I de mätningar av patientcentrering som ingår i SKL:s rapport får Sverige ett sämre utfall än när det gäller vårdinsatser som syftar till att rädda liv.¹ Ett sätt att kontextualisera denna dubbelhet i utfall är att först rikta blicken mot omvärlden för att öka kunskapen om hur andra länder har reagerat i förhållande till frågan om vård av personer med kroniska sjukdomar. Det faktum att andra länder har utarbetade strategier på området är en stark indikation på att frågan om vården av personer med kroniska sjukdomar har hög internationell aktualitet, även om utgångspunkterna kring vilka problem strategierna avser att hantera skiljer sig åt länder emellan. Genom denna utblick blir det också lättare att placera in regeringens satsning på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar i ett internationellt sammanhang.

Andra länders strategiska satsningar

Danmark, Norge, Kanada och inom kort också Australien har nationella strategier avseende vården för personer med kroniska sjukdomar, motsvarande Sveriges. Det handlar om omfattande strategier som riktar sig till en bred målgrupp. Gemensamt för alla strategier är att de bland annat syftar till att samla hälso- och sjukvården och samhället för att hitta effektiva vägar att vårda och skapa bättre förutsättningar för patienter som lever med kroniska sjukdomar. Varje land har dock sin specifika ingång till respektive strategi. Kanada utmärker sig med en strategisk plan som helt fokuserar på preventivt arbete, och Danmark å andra sidan har en stor nationell satsning för att förbättra vården och behandlingarna i hela sitt hälso- och sjukvårdssystem. Norge utmärker sig genom en strategi som riktar sig mot fyra utvalda sjukdomar och ett helhetsgrepp för att reducera för tidig död med 25 procent i dessa sjukdomar. Australien kommer under 2016 med en ny strategi som ersätter en tidigare. Strategin kommer att fungera som ett ramverk och bland annat fokusera på riskfaktorer och samsjuklighet.

I Storbritannien kommer ingen nationell strategi att tas fram då regeringen överlåtit ansvaret för kroniska sjukdomar till National Health Service (NHS)

¹ Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Svensk sjukvård i internationell jämförelse

England. NHS England har i sin tur flera initiativ, bland annat med fokus på egenvård.

Länder med låg nationell aktivitet för gruppen kroniskt sjuka är Nederländerna och Finland. Länderna saknar aktuella nationella strategier eller satsningar. Trots en tradition att jämföra utvalda länders hälso- och sjukvårdssystem med Sverige förekommer kontextuella skillnader som försvårar möjligheten att hitta motsvarande nationella strategier och satsningar.

I strategierna från de internationella organisationerna finns ett tydligt fokus på att begränsa riskerna med de fyra största riskfaktorerna. Krafttag både från WHO och EU riktas mot bruk av tobak, alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. Dessa riskfaktorer behandlas också i flera av de nationella strategier som beskrivs mer utförligt nedan.

För att ge en något bredare beskrivning av de olika strategierna som diskuteras ovan kommer här en översiktlig genomgång att göras för respektive land.

Danmark

I Danmark pågår en fyraårig nationell regeringssatsning för att förbättra hälso- och sjukvården. Den nationella strategin med en budget på 6,5 miljarder danska kronor syftar till att vården ska kunna ställa diagnos tidigare på personer med kroniska sjukdomar och förbättra behandlingar, med det övergripande målet att minska ojämnligheten i hälsa. Man har valt att rikta strategin mot cancer och kroniska sjukdomar då dessa sjukdomsgrupper är stora och insatserna antas därför bli till nytta för en bred målgrupp. Strategin består av fem delar:

- tidigare upptäckt av cancer
- kroniskt sjuka
- stärkt läkarroll
- ökad delaktighet för patienter och närstående
- ökad synlighet och öppenhet av Sundhetsstyrelsens resultat.

För kroniskt sjuka ska strategin bidra till tidig upptäckt, mer hjälp åt de svagaste patienterna, minskad inläggning på sjukhus, en mer välfungerande vardag och ökad kvalitet i behandlingar. Strategin lägger stor tonvikt på så kallade forlöbsplaner som ska ge patienter en bättre överblick över deras individuella behandling och rehabilitering. Planen ska också säkerställa ökad kvalitet och tydlighet i behandling, träning och rehabilitering oavsett geografisk placering.

Norge

Norge har sedan 2013 en nationell "Noncommunicable chronic disease-strategi" (NCD-strategi). Strategin syftar till att förebygga, diagnostisera, behandla och rehabilitera fyra utvalda folkhälsosjukdomar. Sjukdomsgrupperna är hjärt- och kärlsjukdom, diabetes, KOL/astma och cancer. Målet med strategin är att reducera för tidig död med 25 procent i dessa sjukdomar till 2025. För att nå målet har regeringen nio övergripande åtgärder:

- Samlat och brett tillvägagångssätt för att förebygga, diagnostisera, behandla och rehabilitera.

- Förebygga tobaksbruk, förhindra skador orsakade av alkohol, främja sunda kostvanor och fysisk aktivitet.
- Stärka det förebyggande arbetet inom hälso- och omsorgstjänsten.
- Arbeta med tidig identifiering av människor med förhöjd risk för kroniska sjukdomar.
- Säkra goda patientförlopp och uppföljning.
- Bättre koordinering och samordning inom specialistvården och mellan den kommunala hälso- och omsorgstjänsten.
- God patientmedverkan.
- Utveckla samarbetet med frivillig sektorn.
- Utveckla gemensam internationell statistik.

Regeringens förhoppning med en gemensam strategi för dessa fyra stora folkhälsosjukdomar är att insatserna ska gynna patienter inom alla sjukdomar då dessa har mycket gemensamt och är möjliga att förebygga. Strategin bygger på redan befintliga nationella handlingsplaner, strategier och riktlinjer. Alla åtgärder i strategin ska göras inom befintliga budgetramar.

Finland

Finland har ingen nationell strategi för kroniska sjukdomar som grupp. Det finns däremot nationella riktlinjer för behandling av kroniska sjukdomar och det har funnits särskilda program för vissa kroniska sjukdomar såsom astma och diabetes.

Nederländerna

Nederländerna har ingen aktuell nationell strategi för kroniska sjukdomar som grupp. Däremot finns det sedan 2007 vårdprogram för patienter med kroniska sjukdomar. Vårdprogrammen syftar till att vårdgivarna ska upprätthålla sammanhållna vårdkedjor för dessa patienter. Vårdprogrammen har lett till bättre följsamhet till behandlingsriktlinjer och bättre koordination mellan vårdgivare.

Storbritannien

I Storbritannien finns ingen nationell strategi och regeringen har heller inte för avsikt att skapa en då ansvaret för kroniska sjukdomar ligger på NHS England. NHS uppdrag från regeringen är att stärka och stödja patienter så att de kan uppnå ett hälsosamt och oberoende liv och ökad delaktighet i vården, att öka användningen av tekniska hjälpmedel och att förbättra vårdens samordning. Det har tagits fram handböcker som ska stödja uppdragsansvariga och hälso- och sjukvårdspersonal i att planera vården mer effektivt och personcentrerat för patienter med kroniska sjukdomar. De tre viktigaste områden som identifierats är:

- upptäcka fall och göra riskbedömningar
- multidisciplinärt teamarbete
- individualiserad vård och vårdplanering.

NHS har stort fokus på egenvård och erbjuder flera interaktiva verktyg till patienter med kroniska sjukdomar. Bland annat finns ”The Expert Patient Programme” som är en frivillig och gratis utbildning med syfte att patienter-

na ska få ökat självförtroende, ökad livskvalitet och hjälp att kunna hantera sina sjukdomar mer effektivt.

I Storbritannien pågår parallellt en stor lagreform, ”The Care Act”, inom hälso- och sjukvården. Den nya lagen samlar alla tidigare lagar inom vård och omsorg i en. Lagen beskriver hur medborgarnas behov av vård och omsorg ska mötas och med lagen får lokala beslutsfattare ett ansvar för att alltid sätta personers hälsa i första hand. Dessutom kommer alla att få samma rätt till vård- och omsorgstjänster, oavsett var i landet man bor.

Australien

I Australien pågår flera nationella initiativ och program för att hantera utvecklingen av kroniska sjukdomar. Ett nationellt strategiskt ramverk för kroniska sjukdomar är under bearbetning och beräknas bli klart 2016. Ramverket syftar till att skapa en samsyn av bestämningsfaktorer för hälsa, riskfaktorer och samsjuklighet. Med ramverket vill man också skapa en modell för att ta tillvara ny evidens och bättre synliggöra patienters behov. Inom arbetet med ramverket pågår också diskussioner om hur vården ska organiseras på bästa sätt för att vara samordnad, integrerad och multidisciplinär samtidigt som primärvården utnyttjas bättre. Det nya strategiska ramverket ska ersätta en gammal strategi från 2005 som hade fokus på samordnade insatser för kroniskt sjuka genom sjukdomsförebyggande insatser och bättre vård. Till skillnad från många andra länder har Australien fokus på sex sjukdomsgrupper i stället för fyra. Det är cancer, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, KOL och astma, kroniska njursjukdomar och muskel- och skelettsjukdomar.

Kanada

Kanada har en nationell strategi från 2013 för att förebygga kroniska sjukdomar. Strategin fokuserar på prevention, livsstilsfaktorer och riskfaktorer, och bygger vidare på en tidigare strategi. Med den nya strategin vill man betona och stärka möjligheterna att utveckla system för att följa utvecklingen, evidensbaserad prevention och förmågan att möta patienter med komplexa hälsoproblem. Fem områden är särskilt prioriterade:

- Tillhandahålla relevant data till beslutsfattare inom bland annat psykisk ohälsa.
- Främja en hälsosam livsstil och begränsa påverkan av riskfaktorer.
- Sjukdomsgrupperna diabetes, cancer, hjärt- och kärl sjukdomar och KOL.
- Nya sätt att implementera ny kunskap och evidens.
- God arbetsmiljö.

Sammanfattning

Utifrån denna översiktliga utblick över ett antal länders satsningar på att utveckla hälso- och sjukvården kan några väsentliga iakttagelser göras. För det första är det uppenbart att frågan om vården av personer med kroniska sjukdomar inte bara har aktualitet i Sverige. Som framgår av denna internationella utblick har de flesta länder som studerats på ett eller annat sätt angripit frågan på en övergripande nivå. Däremot skiljer sig, för det andra, ambitionen och riktningen för de olika ländernas satsningar åt. Medan

exempelvis Kanadas satsning i huvudsak är inriktad på det förebyggande arbetet har Danmark anlagt ett mer systemövergripande angreppssätt på sin satsning. Samtidigt är, som tidigare konstaterats, hälso- och sjukvårdssystem komplexa entiteter som är svåra att få en omedelbar överblick över. Därför bör omfattningen av och riktningen på respektive lands satsning åtminstone delvis förstås i ljuset av den historiska kontext som dess hälso- och sjukvårdssystem har växt fram och utvecklats i.

Referenser

-
- ¹ Rolf Å. Gustafsson, *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv* (1987), s. 160–171.
- ² Citat: Karlberg, s. 53.
- ³ Karin Johannisson, *Det mätbara samhället: Statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa* (Stockholm, 1987), s. 102.
- ⁴ Åman, s. 21.
- ⁵ Gustafsson, s. 180.
- ⁶ Ibid., s. 177.
- ⁷ Citat: Åman, s. 75 och 77.
- ⁸ Gustafsson, s. 191.
- ⁹ Roger Qvarsell, *Ordning och behandling: Psykiatri och sinnessjukvård under 1800-talets första hälft* (Umeå, 1982), s. 22.
- ¹⁰ Ibid., s. 50.
- ¹¹ Peder Björck, ”Mentalsjukvården”, Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963), s. 245.
- ¹² Åman, s. 180.
- ¹³ Gösta Harding, *Tidig svensk psykiatri* (Lund, 1975), s. 79.
- ¹⁴ Karlberg, s. 111.
- ¹⁵ För siffran 5016, se Björck, s. 260. För siffran 418, se Wolfram Kock, ”Lasaretten och den slutna kroppssjukvården”, Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963), s. 214.
- ¹⁶ Bergstrand, s. 121.
- ¹⁷ Karin Johannisson ”Medicinsk grammatik”, *Kroppens tunna skal: Sex essäer om kropp, historia och kultur* (Stockholm, 1997), s. 193–212.
- ¹⁸ Anna Lisa Agnell, ”Översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt”, Einar Edén, *Svenska sjukhus: En översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt*, del 3 (Stockholm, 1950), s. 28.
- ¹⁹ Åman, s. 448.
- ²⁰ Kongl. Maj:ts nådiga lasaretsstadga (SFS 1901:83), 6 §, 3 mom.
- ²¹ Kungl. Maj:ts proposition 112; *Bihang till Riksdagens protokoll vid lagtima riksdagen i Stockholm år1927*. Första samlingen, nionde bandet, s. 2
- ²² Lag om fattigvård (SFS 1918:422), § 41.
- ²³ Kungl. Maj:ts proposition 112; *Bihang till Riksdagens protokoll vid lagtima riksdagen i Stockholm år1927*. Första samlingen, nionde bandet, s. 2
- ²⁴ Ibid., s. 21.
- ²⁵ Ibid., s. 3.
- ²⁶ Ibid., s. 21.
- ²⁷ Ibid., s. 3.
- ²⁸ Ibid., s. 10.
- ²⁹ Ibid., s. 3 och 13.
- ³⁰ Agnell, s. 27.
- ³¹ Kungl. Maj:ts kungörelse angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka (SFS 1927:245), § 1.
- ³² Ibid., § 6.
- ³³ Åman, s. 448.
- ³⁴ Betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (SOU 1934:22), s. 305.
- ³⁵ Ibid., s. 305–308.
- ³⁶ Ibid., s. 387.
- ³⁷ Bergstrand, s. 133.
- ³⁸ Wolfram Kock, ”Lasaretten och den slutna kroppssjukvården”, Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963), s. 214.

-
- ³⁹ Agnell, s. 71.
- ⁴⁰ Petteri Pietikainen, *Neurosis and modernity: The age of nervousness in Sweden* (Leiden, 2007), s. 316-327.
- ⁴¹ Åman, s. 449.
- ⁴² Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15), tab. 5.14, s. 172.
- ⁴³ Karlberg, s. 102.
- ⁴⁴ Utredning och förslag angående ålderdomshem (SOU 1946:52), s. 53.
- ⁴⁵ Den lasarettanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka (SOU 1947:61), s. 71.
- ⁴⁶ Ibid., s. 70.
- ⁴⁷ Lag om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus (SFS1940:1044), § 1, samt § 19, mom. 1.
- ⁴⁸ Lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus (SFS 1951:155).
- ⁴⁹ Förslag till effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra m.m. (SOU 1946:24), s. 12.
- ⁵⁰ Rafael Lindqvist & Staffan Marklund, "Arbetslinjen i socialpolitiken", Staffan Marklund (red.), *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv* (Lund, 1992), s. 40.
- ⁵¹ Gustafsson, s. 2.
- ⁵² Den öppna läkarvården i riket (SOU 1948:14), s. 205.
- ⁵³ Annika Berg, *Den gränslösa hälsan: Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen* (Uppsala, 2009), s. 250–257; citat: s. 250.
- ⁵⁴ Ibid., s. 250–257; citat: s. 231.
- ⁵⁵ Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15), tab. 5.14, s. 172.
- ⁵⁶ Ibid., tab. 5.11, s. 161.
- ⁵⁷ Jenny Andersson, *Mellan tillväxt och trygghet: Idéer om produktiv socialpolitik i socialdemokratisk socialpolitisk ideologi under efterkrigstiden* (Uppsala, 2003), s. 33.
- ⁵⁸ Ibid., s. 34.
- ⁵⁹ Lindqvist & Marklund, s. 41.
- ⁶⁰ Socialförsäkring och rehabilitering: Betänkande av särskilt tillkallade utredningsmän (SOU 1958:17), s. 12.
- ⁶¹ Åldringvård: Betänkande av 1952 års åldringsvårdsutredning (SOU 1956:1), s. 123.
- ⁶² Åldringsvårdens läge (SOU: 1963:47), s. 124 f.
- ⁶³ Den lasarettanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka (SOU 1947:61), s. 72.
- ⁶⁴ Åman, s. 450. Citat: Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15), s. 27.
- ⁶⁵ Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15), s. 27.
- ⁶⁶ *Långtidsvårdens läge*, Socialstyrelsens redovisar 36. (Stockholm, 1974), s. 9.
- ⁶⁷ Erik Björkquist & Ivar Flygare, "Den centrala medicinalförvaltningen", Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963), s. 58–59.
- ⁶⁸ Bergstrand, tab. 2, s. 137–139.
- ⁶⁹ Åman, s. 449.
- ⁷⁰ Kungl. Maj:ts kungörelse om statslån till sjukhem (SFS 1964:411).
- ⁷¹ *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), s. 13.
- ⁷² Om läkarbehov och läkartillgång (SOU 1961:8), s. 183.
- ⁷³ *Ett principprogram om öppen vård*. Socialstyrelsen redovisar 3 (Stockholm, 1968).
- ⁷⁴ Jaan Suurküla, "Hemsjukvård – en lösning på vårdkrisen", *Socialmedicinsk tidskrift* 1971, s. 491.
- ⁷⁵ Åldringvård: Betänkande av 1952 års åldringsvårdsutredning (SOU 1956:1), s. 126 f.
- ⁷⁶ Om läkarbehov och läkartillgång (SOU 1961:8), s. 141.
- ⁷⁷ *Ett principprogram om öppen vård*. Socialstyrelsen redovisar 3 (Stockholm, 1968), s. 7.
- ⁷⁸ *Långtidsvårdens läge*, Socialstyrelsens redovisar 36. (Stockholm, 1974), s. 37, samt *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), s. 13.

- ⁷⁹ Rut Hedvall, "Hemsjukvård – centralt utrednings- och utvecklingsarbete", *Socialmedicinsk tidskrift* 1978, s. 302.
- ⁸⁰ *Långtidsvårdens läge*, Socialstyrelsens redovisar 36. (Stockholm, 1974), s. 36.
- ⁸¹ *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), s. 9. Citat: s. 64.
- ⁸² *Ibid.*, s. 29 och 30.
- ⁸³ *Ibid.*, s. 24 f.
- ⁸⁴ *Hälso- och sjukvårdslagen* (Stockholm, 1982), § 2, s. 31.
- ⁸⁵ *Hälso- och sjukvård inför 80-talet: Remissyttrande och Socialstyrelsens ställningstagande* (Stockholm, 1976), s. 42.
- ⁸⁶ *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), s. 50.
- ⁸⁷ Glansholm, s. 560.
- ⁸⁸ Mats Thorslund, "Äldrevården idag och i framtiden", *Socialmedicinsk tidskrift* 1991, fig. 2, s. 338.
- ⁸⁹ Karlberg, s. 118.
- ⁹⁰ Mats Thorslund, "Omfattningen av hemtjänsten och hemsjukvården – utveckling och nuläge", *Socialmedicinsk tidskrift* 1989, s. 213.
- ⁹¹ Lennarth Johansson, "Äldreomsorgen före och efter Ädelreformen", *Socialmedicinsk tidskrift* 1997, s. 277.
- ⁹² Karlberg, s. 118 f.
- ⁹³ Kristina Bränd Persson & Bengt Haglund, "Resursutvecklingen inom primärvården 1970–1994", *Socialmedicinsk tidskrift* 1995, s. 168.
- ⁹⁴ Rut Hedvall, "Utvecklingen inom sjukvård i hemmet", *Socialmedicinsk tidskrift* 1983, s. 565.
- ⁹⁵ *Sjukvård i hemmet: Social hemtjänst* (Stockholm, 1977).
- ⁹⁶ Thorslund, "Omfattningen av hemtjänsten", s. 210.
- ⁹⁷ Karlberg, s. 119.
- ⁹⁸ Johansson, s. 281.
- ⁹⁹ Jämför *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), tab. 1, s. 33, samt "Tillgång på vårdplatser", rapport från Socialstyrelsen 2010 (pdf), s. 9. Källa: www.socialstyrelsen.se. Framtagen 2015-09-05.
- ¹⁰⁰ *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), s. 9.
- ¹⁰¹ *Ibid.*, s. 13.
- ¹⁰² Se exempelvis Rehabiliteringsrådets delbetänkande (SOU 2010:58), Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15), samt Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89).
- ¹⁰³ Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89).
- ¹⁰⁴ Behov och resurser – en analys: Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation HSU 2000 (SOU 1996:163), del A, s. 32.
- ¹⁰⁵ *Ibid.*, s. 51.
- ¹⁰⁶ Behov och resurser – en analys: Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation HSU 2000 (SOU 1996:163), del A, s. 25.
- ¹⁰⁷ Hälso- och sjukvårdsrapport 2001 (Stockholm, 2001), spec., s. 10–11.
- ¹⁰⁸ Äldrepolitik för framtiden: 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91), s. 49.
- ¹⁰⁹ *Ibid.*, s. 493.
- ¹¹⁰ Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68), s. 42.
- ¹¹¹ Se även Gunnar Aker, "Komplexa problem och vårdbehov hos äldre", Äldrepolitik för framtiden: 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91), bilagedel C, s. 516.
- ¹¹² Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68), s. 42.
- ¹¹³ Äldrepolitik för framtiden: 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91), s. 130, resp. 17.
- ¹¹⁴ Behov och resurser – en analys: Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation HSU 2000 (SOU 1996:163), del A, s. 24.

- ¹¹⁵ Se exempelvis Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller: Rapport från expertgruppen HSU 2000 (1993:38), s. 81, samt Behov och resurser – en analys: Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation HSU 2000 (SOU1996:163), Del A, s. 25.
- ¹¹⁶ Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet (SOU 2000:114), s. 13.
- ¹¹⁷ Ibid.
- ¹¹⁸ Prop. 1987/88:176: Äldreomsorgen inför 90-talet.
- ¹¹⁹ Se *Ädelreformen: Slutrapport*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2 (Stockholm, 1996), s. 48–51, 62, samt *Ädeluppdragets slutrapport*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4 (Stockholm, 2000).
- ¹²⁰ Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet (SOU 2000:114), s. 59.
- ¹²¹ Ibid., s. 165 och 191.
- ¹²² Ibid., s. 160.
- ¹²³ Ibid., s. 13.
- ¹²⁴ Ibid., s. 161.
- ¹²⁵ Ibid., s. 163.
- ¹²⁶ Patienten har rätt: Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (SOU 1997:154) och Patientens rätt – några förslag för att stärka patientens ställning: Delbetänkande av utredningen om patientens rätt (SOU 2008:127)
- ¹²⁷ För dessa tre områden, se Patientsäkerhet: Vad har gjorts? Vad behöver göras? (SOU 2008:17), Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2) och Ansvarsfull hälso- och sjukvård: Slutbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:44), samt Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23).
- ¹²⁸ Prioriteringar i vården: Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen (SOU 2001:8), s. 47–48.
- ¹²⁹ Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2), s. 16.
- ¹³⁰ Ibid., s. 76.
- ¹³¹ Gör det enklare: Slutbetänkande av statens vård- och omsorgsutredning (SOU 2012:33), s. 159.
- ¹³² Se exempelvis Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2), s. 81, samt Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84), s. 104.
- ¹³³ Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2), s. 68.
- ¹³⁴ Se exempelvis Vårdens svåra val: Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 1993:93), s. 65; Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet (SOU 2000:114), s. 158; Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84), Bilaga 1, s. 253.
- ¹³⁵ Jämställd vård: Olika vård på lika villkor (SOU 1996:13), s. 336.
- ¹³⁶ Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68), s. 10, samt Kommittédirektiv, Dir. 2007:90: Patientens rätt i vården, återgivet i Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84), Bilaga 1, s. 253.
- ¹³⁷ Johan Calltorp & Carl Reinhold Bråkenhielm (red.), *Vårdens pris: Prioriteringar inom sjukvården ur medicinskt och etiskt perspektiv* (Stockholm, 1990), s. 11.
- ¹³⁸ Vårdens svåra val: Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 1993:93), s. 11.
- ¹³⁹ *Hälso- och sjukvårdslagen* (Stockholm, 1982), § 2, s. 31.
- ¹⁴⁰ Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), s. 11.
- ¹⁴¹ Vårdens svåra val: Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 1993:93), s. 4.
- ¹⁴² Ibid., s. 136.
- ¹⁴³ Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), s. 22.
- ¹⁴⁴ Ibid., s. 22 och 24.
- ¹⁴⁵ Ibid., s. 22.
- ¹⁴⁶ Ibid.
- ¹⁴⁷ Ibid., s. 152.
- ¹⁴⁸ Ibid., s. 29–30.

-
- ¹⁴⁹ Ibid.
- ¹⁵⁰ Vårdens svåra val: Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 1993:93), s. 119.
- ¹⁵¹ Vårdens svåra val: Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), s. 199.
- ¹⁵² Prioriteringar i vården: Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen (SOU 2001:8), s. 24.
- ¹⁵³ Ibid., s. 29.
- ¹⁵⁴ Ibid., s. 16.
- ¹⁵⁵ Ibid., s. 51.
- ¹⁵⁶ Lars Lindholm, "Kostnadseffektivitetsanalys som redskap för prioriteringar", i Prioriteringar i vården: Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen (SOU 2001:8), bilaga 5, s. 181.
- ¹⁵⁷ Äldrepolitik för framtiden: 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91), s. 49.
- ¹⁵⁸ Patientlag: Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2), s. 139–140.
- ¹⁵⁹ Ibid., s. 141.
- ¹⁶⁰ Ibid., s. 141 och 230.
- ¹⁶¹ Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturoversikt (SOU 2010:89).
- ¹⁶² Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år: En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård (SOU 2012:48), s. 26.
- ¹⁶³ Ibid., s. 11 f.
- ¹⁶⁴ Ibid., s. 12.
- ¹⁶⁵ Ibid., s. 48.
- ¹⁶⁶ För dessa siffror, se *Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård*, Socialstyrelsen anser 3 (Stockholm, 1976), tab. 1, s. 33, resp. Torsten Glansholm, m.fl., "Situationsen för patienter i hemsjukvård" *Socialmedicinsk tidskrift* 1983, s. 560.
- ¹⁶⁷ Karlberg, s. 90.
- ¹⁶⁸ *Hälso- och sjukvård inför 80-talet: Remissyttrande och Socialstyrelsens ställningstagande* (Stockholm, 1976), s. 39.
- ¹⁶⁹ Anders Åman, *Om den offentliga vården: Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen* (Stockholm, 1976), s. 447.
- ¹⁷⁰ Hilding Bergstrand, "Läkarkåren och provinsialläkarväsendet", Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963), s. 116–117.
- ¹⁷¹ "Allmänläkarna på väg mot 'all-time-low'", *Läkartidningen*, nr 29–31 2015.
- ¹⁷² Citat: Kungl. Maj:ts proposition 112; *Bihang till Riksdagens protokoll vid lagtima riksdagen i Stockholm år 1927*. Första samlingen, nionde bandet, s. 13.
- ¹⁷³ Rätt information i rätt tid på rätt plats (SOU 2014:23), s. 401.
- ¹⁷⁴ Äldrepolitik för framtiden: 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning (SOU 2003:91), s. 130.
- ¹⁷⁵ Prop. 1984/85:181, Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m., s. 99.
- ¹⁷⁶ Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 48.
- ¹⁷⁷ Anell, A. *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturoversikt Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4), s. 5.
- ¹⁷⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, *Building primary care in a changing Europe* (2015).
- ¹⁷⁹ Hansen, J., m.fl., *Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions*, 10.1377/hlthaff.2015.0582 *Health Affairs* 34, No. 9 (2015): 1531–1537.
- ¹⁸⁰ Myndigheten för vårdanalys och omsorg. *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2, s. 51–59.
- ¹⁸¹ European Observatory on Health Systems and Policies, *Building primary care in a changing Europe* (2015), s. 28.
- ¹⁸² Anell, a.a, s.14.

¹⁸³ SKL. *Hur går det för patienten med kronisk sjukdom? Verktyg för en fördjupad uppföljning inom primärvård*, 2015, s. 94-95.

¹⁸⁴ Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*, s. 31.

¹⁸⁵ Socialstyrelsen, 2005, *Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldreomsorg och psykiatri.*, s. 22.

¹⁸⁶ Sveriges läkarförbund, 2014, *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin. S. 12, 41-43.*

¹⁸⁷ En fördjupad diskussion om detta förs i: Masterton, M., Boström, L. och Winblad, U., *Patientcentrerade vårdmöten – förutsättningar och begränsningar i svensk hälso- och sjukvård*, Forum för Health Policy (2015).