



# Metod för behovsbedömning

Rapport från InfoVU-projektets  
kunskapsnätverk för behov

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Denna publikation tillhör *Redovisningar av externa projekt och erfarenheter*. Det innebär att den antingen innehåller resultat från projekt som fått ekonomiska bidrag eller annat stöd från Socialstyrelsen för forskning, försöksverksamhet, utvecklings- och kvalitetsarbete m.m. eller presentationer av erfarenheter, goda exempel och idéer som kan stimulera utveckling och förändring. Författarna/uppgiftslämnarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

Artikelnr 2006-124-9

---

Publicerat [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2006

# Förord

---

Vilka resultat uppnår vården och omsorgen? Vilken kvalitet har resultaten? Stämmer resultat och kvalitet med målen och patienternas och brukarnas behov? Vad kostar det uppnådda resultatet per patient och brukare? Hur kan uppgifter enkelt föras över mellan olika verksamheter? Vilken roll kan IT spela för en säker och effektiv utveckling vid registrering, bearbetning, överföring och redovisning av olika sorters information?

Dessa frågor har Socialstyrelsen i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet (från 1 januari 2005 Sveriges Kommuner och Landsting) arbetat med i projektet InfoVU under åren 2001 – 2004. InfoVU står för Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning. Arbetet har genomförts på regeringens uppdrag och inom ramen för Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:49, avsnitt 7.5.3).

En avgörande förutsättning för att kunna svara på ovanstående frågor är en individbaserad verksamhetsuppföljning, som bl.a. utgår från att en bedömning av det hälsorelaterade vårdbehovet gjorts och att man kunnat klassificera det aktuella och det avsedda hälsotillståndet. InfoVU har valt att använda ett instrumentellt, *målrelaterat* begrepp för behov enligt synsättet "P behöver X i den utsträckning X är nödvändigt för att realisera ett visst önskvärt tillstånd/mål". Detta synsätt på begreppet vårdbehov har utvecklats av docent Per Erik Liss, Institutionen för Hälsa och samhälle, Linköpings Universitet.

Metoden för behovsbedömning har utvecklats och prövats av InfoVU:s kunskapsnätverk för behov. I gruppen har ingått *Anders Thulin*, Socialstyrelsen (ordförande), *Thor Lithman*, Region Skåne, Lund, *Göran Maathz*, Socialstyrelsen och *Birgitta Söderlund*, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Som särskilda resurspersoner har *Bengt Haglund*, Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, *Mårten Lagergren*, Stockholms Äldrecentrum och *Thomas Svensson*, Landstinget Sörmland medverkat. I denna rapport beskrivs metoden för behovsbedömning och erfarenheter från tillämpningen av ett målrelaterade behovsbegrepp i några mindre pilotprojekt inom stroke, onda ryggar, psykisk ohälsa och äldre med stora omvårdnadsbehov. Rapporten har skrivits av *Anders Thulin*. Den vänder sig till verksamhets- och kvalitetsansvariga inom vård och omsorg.

Bo Lindblom  
Avdelningschef  
Socialstyrelsen



# Innehåll

---

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Utgångspunkter	7
Begreppet vårdbehov	7
Gradering av behov	8
Hur görs behovsbedömningar inom vården idag?	8
Vad har gjorts inom InfoVU?	8
Fortsatt utveckling	9
<i>Inledning</i>	10
Uppdraget	10
Begreppet behov	10
<i>Terminologi</i>	12
<i>Metod</i>	13
Vårdbehov som ett instrumentellt målrelaterat begrepp	13
<i>Gradering och rangordning av vårdbehov</i>	15
Vårdbehovets storlek	15
Konsekvenserna av att inte åtgärda vårdbehovet	15
Rangordning av vårdbehov och prioriteringar	16
<i>Vem ska bedöma vårdbehovet</i>	17
<i>Behov och fördelning av resurser inom vård och omsorg</i>	18
<i>Baseras vård och omsorg på behov?</i>	19
<i>Tillämpning av ett instrumentellt målrelaterat behovsbegrepp</i>	20
Delprojekt Stroke	20
Delprojekt Samspråk	20
Delprojekt Ont i ryggen	21
Delprojekt Psykisk ohälsa	21
Samlade erfarenheter från pilotprojekten	22
<i>Avslutande bedömning</i>	23
<i>Referenser</i>	24



# Sammanfattning

---

## Utgångspunkter

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska vården och omsorgen vara behovsbaserad (1, 2). Med detta menas att resurserna ska styras till de områden där behoven är störst och inom ett givet område ska den som har störst behov ha företräde. Bedömningen av behov kan göras på olika nivåer; befolkningsnivå, gruppnivå och individnivå. Oberoende av nivån omfattar behovsbedömningen tre steg, nämligen:

- Identifiering av behov.
- Bedömning av nödvändiga åtgärder för att tillgodose behovet.
- Bedömning av nödvändiga resurser för att genomföra de nödvändiga åtgärderna.

Uppgiften för InfoVU har i första hand varit att utgå från individnivå.

## Begreppet vårdbehov

Det finns olika tolkningar av begreppet behov. Det kan ses som en inre spänning hos individen; ett psykologiskt tillstånd som skapar motivation eller begär i syfte att eliminera denna spänning. Inom fysiologin talar man på motsvarande sätt om att individen strävar mot balans eller jämvikt/homeostas. Störningar av denna jämvikt kan orsakas av inre eller yttre faktorer. Vätskebrist kan vara ett exempel på störd jämvikt som leder till törst; genom att dricka återställs jämvikten.

En annan tolkning av begreppet behov är målrelaterat enligt synsättet ”P behöver X i den utsträckning X är nödvändigt för att realisera ett visst tillstånd/mål”. Detta behovsbegrepp har utvecklats av Per Erik Liss (1993) för tillämpning inom vård/omsorg och det är detta begrepp som InfoVU tillämpat (3).

För att identifiera ett *vård-/omsorgsbehov* behövs kunskap om *det aktuella tillståndet* och *det avsedda tillståndet*<sup>1</sup>; behovet blir då skillnaden mellan dessa tillstånd [4]. För att eliminera behovet krävs nödvändiga vård-/omsorgsinsatser. Kravet på dessa insatser är att de är verksamma. Man kan aldrig ha behov av en åtgärd som inte är verksam! Genom uppföljning kan graden av måluppfyllelse mätas (i vilken utsträckning som behovet eliminerats). Målet beskrivs i tre dimensioner:

- Kvalitativa – vad som ska uppnås.
- Kvantitativa – hur mycket som ska uppnås.
- Temporala – när målet ska uppnås.

---

<sup>1</sup> Avsett tillstånd = det hälsotillstånd som socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal, oftast i samråd med berörd individ, har beslutat att försöka uppnå (4).

Det finala målet för insatserna kan långt ifrån alltid definieras vid den primära kontakten med vården/omsorgen. I praktiken sätts därför ett antal delmål på ett vis som framgår av följande enkla exempel där det övergripande målet/vårdbehovet är varaktig smärtfrihet hos en patient med besvärande koliksmärta i buken.

Individen som söker vården på grund av attackvisa buksmärter blir i första hand föremål för utredning med målet att fastställa orsakerna till besvären. Först då det visat sig att gallsten är orsaken till individens besvär blir det aktuellt att genomföra en operation (den nödvändiga åtgärden) för att nå målet smärtfrihet, dvs. tillgodose vårdbehovet.

Det aktuella hälsotillståndet liksom det avsedda hälsotillståndet för en population kan beskrivas i mått som livslängd och förekomst av sjukdomar och skador. Genom att beskriva det aktuella tillståndet och fastställa det avsedda tillståndet med dessa mått kan populationens behov definieras. Nödvändiga åtgärder för att eliminera behovet kan då t.ex. vara att genomföra vaccinationsprogram eller trafiksäkerhetsprogram. Effekten av åtgärderna återspeglas i vilken grad som målen uppnåtts.

## Gradering av behov

Tillämpningen av en behovsstyrd vård och omsorg förutsätter att behoven kan graderas. Den som har störst behov ska ju ha företräde.

Det aktuella tillståndet – sjukdomens svårighetsgrad – har en central betydelse för vårdbehovets storlek; givet att det önskade/avsedda hälsotillståndet är lika har den med svårare sjukdom/högre grad av ohälsa det största vårdbehovet. I detta sammanhang är det också väsentligt att värdera konsekvenserna av utebliven vård. Om utebliven vård leder till en allvarlig försämring av individens eller populationens hälsotillstånd föreligger ett potentiellt vårdbehov som är väsentligt större än det aktuella. Vid akuta sjukdomar är de potentiella vårdbehoven ofta mycket påtagliga.

## Hur görs behovsbedömningar inom vården idag?

Vården idag är i huvudsak diagnosbaserad. I stort sett saknas rutiner för att bedöma och beskriva behov på ett strukturerat vis så att det blir möjligt att följa upp i vilken utsträckning behoven tillgodosetts. Vård- och omsorgsplaner som upprättas innehåller ofta goda beskrivningar av det aktuella tillståndet (i termer av diagnos och funktionstillstånd) men ofta saknas målet för den fortsatta vården eller är målet bristfälligt definierat. Därför blir det inte möjligt att följa upp i vilken utsträckning vårdbehoven tillgodosetts.

## Vad har gjorts inom InfoVU?

Det instrumentella målrelaterade behovsbegreppet har konkretiserats för vård och omsorg och i begränsad utsträckning prövats inom InfoVU:s fyra delprojekt (Stroke, Onda ryggar, Psykisk ohälsa och Äldre med stora omvårdnadsbehov/Samspråk). I olika delar av hälso- och sjukvården och omsorgen har försök gjorts att definiera patienternas/omsorgstagarnas aktuella



tillstånd samt det avsedda/eftersträvade tillståndet. Vidare har en utvärdering gjorts av måluppfyllelsen.

## Fortsatt utveckling

En tillämpning av behovsbegreppet så som beskrivits ovan är en förutsättning för att det ska vara möjligt att utvärdera om vården bedrivs på avsett vis, dvs. att den är behovsbaserad. För att åstadkomma detta krävs ett mycket långsiktigt arbete.

Beskrivningen och dokumentationen av vård-/omsorgsbehov och uppföljning av i vilken utsträckning som dessa behov tillgodoses på individ-, grupp- och befolkningsnivå måste integreras inom de dagliga rutinerna i hälso- sjukvården och omsorgen. Målen ska vara tidsrelaterade och de vidtagna åtgärderna för att eliminera vård-/omsorgsbehoven ska beskrivas på ett sådant vis att det går att utvärdera om de varit adekvata för att nå målen.

De tester som gjorts inom InfoVU får ses som första prövande steg. Utvidgade prövningar med tillämpning av behovsbegreppet i olika vård-/omsorgssituationer är en nödvändighet för att vinna den kunskap och erfarenhet som behövs för att generellt kunna följa i vilken utsträckning som vård- och omsorgsbehoven tillgodosetts med använda resurser.

# Inledning

---

Hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen ska tillgodose befolkningens behov av god vård och omsorg på lika villkor för alla medborgare. En central fråga är därför vårdtagarens/omsorgstagarens behov och hur de olika insatserna tillfredsställer/tillgodoser dessa behov. En samstämmig syn på definitionen av begreppet behov är en nödvändig första förutsättning för att det ska vara möjligt för berörda intressenter att följa upp resultatet av givna insatser. Vidare måste en användbar och accepterad metod för behovsbedömning finnas och tillämpas. Slutligen måste dokumentationen av behovsbedömningen, utförda åtgärder och insatser samt uppföljningen vara klar och tydlig. Särskilt viktigt och svårt är detta då vård-/omsorgsinsatserna utförs av flera vårdgivare/ huvudmän, vilket ofta gäller äldre individer med flera sjukdomar och personer med psykiska funktionshinder.

Denna rapport från InfoVU:s kunskapsnätverk för behov definierar och analyserar begreppet behov samt beskriver en metod för behovsbedömning. Vidare ges en kort beskrivning hur denna metod prövats i några pilotförsök inom InfoVU:s delprojekt: Stroke, Ont i ryggen, Psykisk ohälsa och Äldre med stora omvårdnadsbehov/Samspråk.

## Uppdraget

I propositionstexten (5) betonas vikten av en verksamhetsuppföljning byggd på individuppgifter, som kan beskriva resultat. Man konstaterar också att diagnosklassificering inte alltid är tillräcklig utan sätt att beskriva behov, förmåga och funktion måste utvecklas. Målet för InfoVU:s arbete inom området uttrycktes på följande sätt: "Det finns en metod för att beskriva behovsbegreppet, som har prövats inom delprojekten. I metoden ingår att ange tidsrelaterade mål." Vid utvärderingen av måluppfyllelse mättes resultatet av utförda åtgärder och insatser.

## Begreppet behov

Olika tolkningar har gjorts av begreppet behov och två traditioner (skolor) har utkristalliserats. Enligt den tradition som har sina rötter i psykologisk teori ses behov som en inre spänning eller ett disequilibrium hos individen; ett psykologiskt tillstånd som skapar motivation eller begär (6). Inom fysiologin ser man på motsvarande vis hur organismen strävar efter ett tillstånd av inre balans, jämvikt eller homeostas. Störningar i homeostasen kan orsakas av externa eller interna faktorer. Vätskebrist och näringsbrist är exempel på sådana tillstånd som utgör behov i denna mening.

Enligt ett annat synsätt ses behov som något instrumentellt och målrelaterat. En välkänd definition av behov är den som formulerats av den finländske filosofen Henrik von Wright: "Behov är något som man far illa av att vara utan" [7]. Detta synsätt kan beskrivas på följande vis: P behöver X (nä-

got) i den utsträckning X är nödvändigt för att realisera ett visst tillstånd eller mål (dvs. undvika att fara illa). Detta begrepp för vård- och omsorgsbehov har utvecklats vidare av Per Erik Liss [3]. InfoVU:s kunskapsnätverk för behov har funnit det lämpligt att använda detta behovsbegrepp. Några viktiga skäl att utveckla behovsbegreppet till en metod för behovsbedömning är att: det är tydligt avgränsbart och bör vara generellt användbart inom vård och omsorg. Metoden gör det möjligt att dimensionera behovet och det bör därmed gå att följa upp om behovet tillgodsetts. Viktigt är också att detta begrepp för behov har visat sig hållbart för en kritisk teoretisk prövning [8]. En brist gäller tillämpningen, eftersom metoden ännu inte har prövats i praktisk verksamhet.

# Terminologi

---

Vid analys och klassifikation av behov i ett instrumentellt målrelaterat perspektiv används olika termer som relaterar till hälsa eller funktion. *Det aktuella hälsotillståndet* är en central sådan term som påverkas dels av individens fysiska och psykiska funktionsstatus, dels av olika levnadsomständigheter och omgivningsfaktorer. *Det önskade eller avsedda hälsotillståndet* är målet som man avser att nå med de olika insatserna som initieras av hälso- och sjukvården och omsorgen. Behovet är skillnaden/”gapet” mellan det avsedda och det aktuella hälsotillståndet. För att bedöma i vilken utsträckning som det avsedda målet uppnåtts måste både det avsedda och det aktuella hälsotillståndet kunna klassificeras. För att göra det har InfoVU använt ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa ) GAF (Global Assessment of Functioning ) och CAN (Camberwell Assessment of Needs) [9, 10, 11].

# Metod

---

## Vårdbehov som ett instrumentellt målrelaterat begrepp

Nedanstående redogörelse för begreppet vårdbehov, dess tillämpning liksom sättet att gradera och rangordna vårdbehov görs i allt väsentligt med utgångspunkt från Per Erik Liss forskningsarbete [3, 8]. Även om resonemanget förs på individnivå (mikronivå) gäller det också på gruppnivå (mesonivå) eller befolkningsnivå (makronivå).

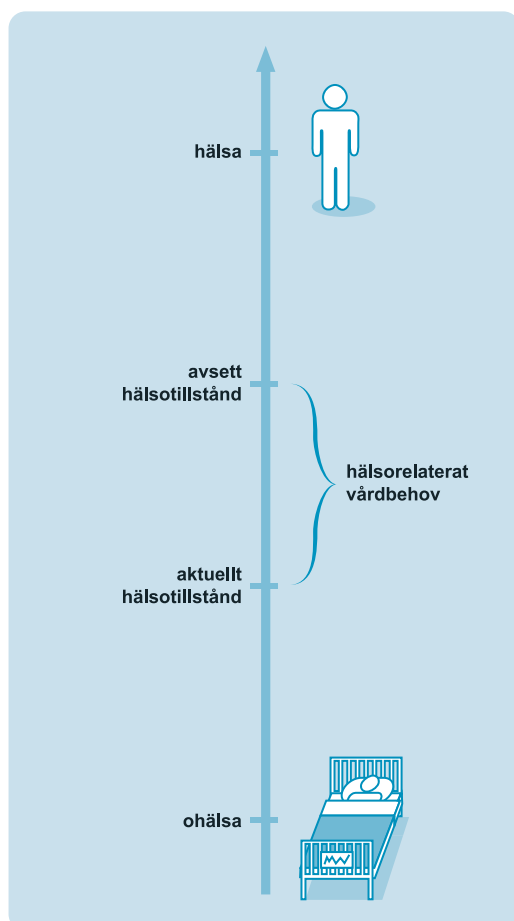
Den instrumentella, målrelaterade begreppsbildningen av vårdbehovet utgår från individens *aktuella hälsotillstånd*. Detta hälsotillstånd bestäms av många faktorer. Några sådana är: individens konstitution, det fysiska och mentala funktionstillståndet liksom levnadsomständigheter och omgivningsfaktorer. Det aktuella hälsotillståndet kan beskrivas i många dimensioner som till exempel: risk för förtida död, grad av lidande/smärta, funktionsnedsättning, livskvalitet etc. Valet av dimension/er i en given situation ska ha relevans för den aktuella vård-/omsorgsbedömningen.

Då individen själv upplever att det aktuella tillståndet innebär en funktionsbrist eller annan avvikelse och därför söker vård utgör det aktuella hälsotillståndet *kontaktorsaken*. Kontaktorsaken kan i en del fall ha sin bakgrund i initiativ från hälso- och sjukvården (t.ex. bröstcancerscreening genom mammografi).

I mötet med vården/omsorgen analyseras det *aktuella hälsotillståndet*. Det aktuella hälsotillståndet är inget statistiskt begrepp. Om det står för en given nivå av ohälsa kan denna förändras även om någon åtgärd inte vidtas. Detta har betydelse vid rangordning av vårdbehovet.

Det aktuella hälsotillståndet sätts av patienten/brukaren i relation till ett *önskat hälsotillstånd*. Vid den professionella bedömningen av det aktuella hälsotillståndet formuleras ett operationellt mål. Kravet på detta mål är att det med hänsyn till kunskaper och resurser ska vara realiserbart. Målet kan beskrivas i kvalitativa, kvantitativa och temporala dimensioner, dvs. vad och hur mycket som ska uppnås inom vilken tid. I samråd mellan patient/brukare och vårdgivare bestäms det operationella målet; ett mål som är resursanpassat och tidsbestämt. Det bör också vara mätbart och preciserat för att underlätta valet av lämplig åtgärd för att nå målet. InfoVU benämner målet: det *avsedda hälsotillståndet*.

Mellan det aktuella och det avsedda hälsotillståndet finns ett gap som utgör ett *aktuellt hälsorelaterat vårdbehov* under förutsättning att vård är nödvändigt för att eliminera gapet. I Figur 1 ges en enkel grafisk beskrivning där relationerna mellan aktuellt och avsett hälsotillstånd och hälsorelaterat vårdbehov framgår.



Figur 1. Skillnaden mellan aktuellt hälsotillstånd och avsett hälsotillstånd är det hälsorelaterade vårdbehov som det tidsbestämda målet bör inriktas på.

InfoVU har använt ett instrumentellt, målrelaterat behovsbegrepp [8]. Det kan uttryckas så att en patient har behov av en åtgärd för att uppnå ett visst mål eller att en brukare på motsvarande sätt har behov av en viss insats. För många, särskilt äldre, behövs flera åtgärder och insatser för att uppnå ett visst mål.

Inte sällan är vård- och omsorgsprocesserna komplexa och utdragna i tiden. I sådana fall kan det vara lämpligt att fastställa delmål (sekventiella och/eller parallella) som kan stämmas av under vård- och omsorgsförloppet.

*Nödvändiga åtgärder* är sådana åtgärder/insatser som vidtas för att tillgodosätta vårdbehovet. Självfallet krävs att dessa åtgärder är verksamma. Det kan aldrig finnas behov av en överksam åtgärd. I situationer där flera åtgärder är verksamma finns olika kriterier för hur man ska välja mellan dem. Exempel på sådana kriterier är: patientens önsknings, kostnadseffektivitet och hänsyn till multitillfredsställelse (åtgärden tillfredsställer flera behov).

# Gradering och rangordning av vårdbehov

---

Vid gradering av ett vårdbehov ges det ett visst värde. Detta har betydelse inte minst därför att hälso- och sjukvårdslagen säger att de som har ett större vårdbehov har företräde framför dem med mindre behov, den s.k. behovs- och solidaritetsprincipen. Enligt Per Erik Liss finns det sju olika sätt att gradera ett hälsorelaterat vårdbehov [3]. De viktigaste faktorerna att ta hänsyn till vid denna gradering är:

- Behovets storlek.
- Det aktuella tillståndet.
- Konsekvensen av att inte åtgärda behovet.

## Vårdbehovets storlek

Av figuren på sidan 14 framgår att vårdbehovets storlek kan variera med nivåerna för det aktuella och det avsedda hälsotillståndet. Det bör emellertid noteras att det avsedda hälsotillståndet inte alltid kan bli bättre än det aktuella. Många gånger är det en tillräcklig målsättning att vidmakthålla ett givet hälsotillstånd och inte sällan får man nöja sig med att nå vissa delmål (t. ex. smärtlindring) då det inte är möjligt att förhindra att hälsotillståndet i sin helhet försämras. Då mål och/eller delmål för det avsedda hälsotillståndet bestäms är det också viktigt att ha i åtanke att de åtgärder som behövs för att nå målet kan effektueras.

Individer i behov av vård har en varierande grad av ohälsa. Då vårdbehoven hos två individer är lika graderas behovet störst hos den individ vars aktuella hälsotillstånd är sämst – dvs. då allt annat är lika har den som är svårast sjuk företräde.

## Konsekvenserna av att inte åtgärda vårdbehovet

Konsekvenserna av att inte åtgärda *ett givet vård-/omsorgsbehov* kan vara olika. I det ena fallet kan det innebära att det aktuella hälsotillståndet och därmed det framtida vård-/omsorgsbehovet förblir oförändrat, minskar eller spontant försvinner. I ett annat fall kan det aktuella hälsotillståndet försämras med innebörden att det framtida vård-/omsorgsbehovet – eller det potentiella vård-/omsorgsbehovet – blir väsentligt större jämfört med nuläget.

Inom sjukvården är det vanligt att gradera vårdbehov med hänsynstagande till potentiellt vårdbehov. Ett exempel från den planerade sjukvården är behandling av högt blodtryck. Ett måttligt högt blodtryck ger i regel ingen uttalad ohälsa i sig men det kan innebära ett potentiellt stort vårdbehov eftersom det banar väg för bl. a. hjärtsjukdom och stroke.

Vid hänsynstagande till konsekvensen av utebliven vård kan det finnas anledning att också väga in tidsaspekten. En utebliven vårdinsats kan i det ena fallet leda till individens snara död medan det i ett annat fall leder till död efter en längre tid. Vårdbehovet är då större i det första fallet.

## Rangordning av vårdbehov och prioriteringar

Att rangordna vårdbehov innebär att de placeras i en given ordning. Rangordningen kan, men måste inte, göras med utgångspunkt från vårdbehovens storlek. Även om det kan te sig naturligt att den med större vårdbehov rangordnas framför den med mindre behov kan det också vara rimligt att rangordna efter det lidande som det aktuella hälsotillståndet innebär. Det senare får till följd att vårdbehovet för den med större lidande rangordnas före/prioriteras.

Rangordningen av vårdbehov kan ge vägledning för prioriteringar men de behöver inte överensstämma helt eftersom förutsättningarna för prioriteringar bestäms av givna förutsättningar. Ett generellt politiskt beslut kan genom t.ex. vårdgaranti prioritera vården av en viss sjukdom.



# Vem ska bedöma vårdbehovet

---

Bedömningen av en individs sjukvårdsbehov respektive behovet av sociala omsorgsinsatser sker med utgångspunkt från patientens/brukarens aktuella tillstånd och det tillstånd som eftersträvas, dvs. det avsedda tillståndet. Gapet mellan dessa nivåer utgör individens behov. Då behovet är definierat ska de åtgärder vidtas som erfordras för att tillgodose behovet.

Bedömningen av det aktuella tillståndet kräver en professionell insats och olika undersökningar/bedömningar för att t.ex. fastställa en diagnos. Den aktuella kunskapsnivån och de ekonomiska ramarna är begränsande för hur det önskade tillståndet (behandlings-/insatsmålet) kan formuleras men här finns också ett väsentligt utrymme för värderingar. Därför är det av stor vikt att ta hänsyn till vårdtagarens/brukarens uppfattning vid målformuleringen. Konsensus mellan vård-/omsorgsgivare och patient/brukare om dessa bedömningar ska alltid eftersträvas. I de fall då vårdgivare och vårdtagare inte blir överens om behovsbedömningen så är enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) vårdgivarens tolkning den gällande [1]. Socialtjänstlagen (SoL) ger emellertid brukaren ett utrymme att överpröva en behovsbedömning som är gjord för sociala omsorgsinsatser [2].

Bedömning av vård-/omsorgsbehov på gruppnivå kan göras efter samma modell som bedömningen av den enskildes behov. Det aktuella tillståndet baserar sig i stor utsträckning på demografiska och epidemiologiska underlag. För ”tunga” sjukdomsgrupper som t.ex. cancer, hjärtinfarkt och stroke är incidensen och prevalensen därför av stor betydelse vid bedömning av vårdbehoven. För andra mindre hotande sjukdomsgrupper har synen på utbud/tillgänglighet ett större inflytande på värderingen av vårdbehovet.

Behovet av primär och sekundär prevention mot olika sjukdomar bedöms med utgångspunkt från det potentiella vårdbehovet, dvs. risken att få en given sjukdom. I de fall då denna risk är mycket hög blir preventionsbehovet lika angeläget som behovet att behandla den existerande sjukdomen. Behovet av mer omfattande preventiva åtgärder på grupp-/befolkningsnivå, t.ex. screening i syfte att upptäcka bröstcancer i tidigt skede avgörs på politisk nivå.

# Behov och fördelning av resurser inom vård och omsorg

---

Vård och omsorg i Sverige finansieras huvudsakligen av samhället. Dimensioneringen av vård-/omsorgssektorn och dess olika delar är därför ett resultat av politiska överväganden.

God vård och omsorg ska enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ges till hela befolkningen på lika villkor och utgå från vård-/omsorgstagarens behov [1, 2]. Avsikten är att behoven ska styra hur resurserna ska fördelas. Inom ett givet område ska den som har störst behov ha företräde. Människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen är centrala fundament i värdegrunden för denna syn.

Dimensioneringen av vård- och omsorgssektorn och dess avgränsning mot andra samhällsåtaganden är en politisk fråga liksom fördelningen av resurser till de olika delarna av hälso- och sjukvården och omsorgen.

Utöver demografiska och epidemiologiska underlag har även socioekonomiska och etniska faktorer väsentlig betydelse för olika befolkningsgruppers aktuella hälsotillstånd. Det önskade hälsotillståndet på befolkningsnivå (det nationella hälsomålet) fastställs på politisk nivå. Befolkningens samlade hälso- och sjukvårdsbehov kan sedan beskrivas. Beroende på utgångsläget kommer detta behov att variera mellan olika grupper i populationen. Detta påverkar i sin tur fördelningen av sjukvårdsresurserna [12].

# Baseras vård och omsorg på behov?

---

Inom vård och omsorg finns en lång tradition att i journalhandlingarna beskriva patienters/brukares tillstånd i ”professionella termer”. Inom hälso- och sjukvården är tillståndsbeskrivningen i mycket inriktad mot den medicinska diagnosen. Som underlag för att ta ställning till utredningar och behandlingar är detta tillfyllest. En väl genomförd diagnostik åtföljd av adekvat behandling ger till resultat att den ohälsa som utgjorde individens kontaktorsak elimineras. Detta gäller framför allt de former av ohälsa som åtgärdas med en avgränsad vårdinsats. Exempel på detta är individer med sårskada, benbrott eller inflammerad blindtarm som efter diagnos och med en riktad behandling återfår hälsan.

Diagnosbaserad vård är emellertid inte alltid liktydig med att vårdbehov tillgodoses. Vissa sjukdomar är ofta inte symtomgivande och utgör inte heller något större potentiellt vårdbehov. Exempel på en sådan sjukdom är gallsten. Det faktum att antalet operationer av gallsten varierar kraftigt över tiden och även mellan olika delar av Sverige är ett uttryck för att denna vård i icke ringa omfattning baseras på utbudet av kirurgisk vård [13].

En stor del av vården och omsorgen rör emellertid individer, ofta äldre, med mer komplexa och kroniska tillstånd av ohälsa. De har många gånger flera sjukdomar och en livssituation som fordrar varaktiga insatser från hälso- och sjukvården och omsorgen. För denna grupp av vård-/omsorgstagare saknas vanligen en övergripande värdering av individernas samlade vårdbehov och de åtgärder som krävs för att tillgodose dem. Åtminstone finns den inte dokumenterad i samlad form, och någon rutinmässig uppföljning av hur vårdbehoven tillgodosetts blir därför inte möjlig. Skälen till detta är många. Några viktiga är:

- Att flera vårdgivare med olika huvudmän ofta är involverade.
- Att tradition i stor utsträckning saknas för huvudmän/vårdgivare att genomföra en gemensam analys och planering av dessa komplexa vård-situationer.
- Att tradition saknas för dokumentation av vårdtagarens hela aktuella ohälsotillstånd liksom för att dokumentera ett övergripande behandlingsmål.

Till detta kommer begränsningar i vårdens IT-utveckling och legala hinder att elektroniskt fritt överföra information mellan inblandade vårdgivare. Resultatet är att dokumentationen för denna grupp vårdtagare är fragmenterad och spridd på många håll. En vård/omsorg som baseras på behov, dokumenterad på ett tillgängligt sätt för berörda intressenter och som gör det möjligt att följa upp även längre och komplexa vårdförlopp kräver ett omfattande utvecklingsarbete inom många områden. I nästa avsnitt beskrivs några försök att tillämpa detta inom InfoVU:s delprojekt.

# Tillämpning av ett instrumentellt målrelaterat behovsbegrepp

---

Inom hälso- och sjukvården och omsorgen finns begränsad erfarenhet av att systematiskt arbeta målrelaterat med utgångspunkt från tillstånd med ohälsa på ett sådant sätt att vårdbehovet dokumenterats och lätt kunnat följas upp. Därför har det inom InfoVU varit angeläget att inom de olika delprojekten tillämpa det instrumentella målrelaterade begreppet för vårdbehov i några mindre pilotprojekt.

## Delprojekt Stroke

Inom delprojektet Stroke genomfördes en pilotundersökning där hela modellen för InfoVU:s verksamhetsuppföljning prövades. Pilotundersökningen genomfördes i Värnamo-Gislaved och inkluderade 57 patienter. Beskrivningen av patienternas *aktuella hälsotillstånd* vid insjuknandet inriktades mot graden av oberoende och bedömdes genom en funktions- och en aktivitetsanalys [14].

Funktionsanalysen omfattade en bedömning av risk för fall/benbrott, felsväljning och blodpropp och även en värdering av muskelkraft, balans- och synförmåga. Aktivitetsanalysen inkluderade en värdering av förmågan att oberoende klara på- och avklädning, förflyttning inomhus, egen hygien, toalettbesök och läkemedelshantering.

Det operationella målet, dvs. det *avsedda hälsotillståndet* tre månader efter insjuknandet, definierades för hela gruppen och innebar att patienternas grad av oberoende skulle vara oförändrat jämfört med vid utskrivningen från sjukhuset.

Vid uppföljning efter tre månader var vårdbehovet tillgodosett hos 70 procent av patienterna.

Resultatet av denna pilotundersökning visar på möjligheten att ange ett instrumentellt, målinriktat och tidsbestämt begrepp för vårdbehov och att följa upp det. Huruvida det angivna målet styr inriktningen och omfattningen av vårdinsatserna framgår emellertid inte och redovisningen ger inte något besked i vilken utsträckning vårdbehovet tillgodosetts på individuell nivå.

## Delprojekt Samspråk

I denna pilotundersökning har patienternas/brukarnas vård-/omsorgsbehov bedömts av biståndshandläggare med utgångspunkt från den svenska versionen av WHO-klassifikationen ICF [9].

Undersökningen avsåg att belysa:

- Hur biståndshandläggarna med hjälp av ICF kan kartlägga individernas aktuella hälsotillstånd med avseende på behov av personligt och instrumentellt ADL-stöd.
- Hur ICF kan utgöra ett stöd för att sätta delmål och mål för insatserna.
- Om det går att utvärdera dessa delmål och mål.

Pilotundersökningen genomfördes i Gislaveds kommun på 17 individer som bedömdes av biståndshandläggare under en treveckorsperiod [15]. Biståndshandläggarna upplevde ICF-klassifikationen som ett gott stöd dels för att bedöma brukarnas aktuella hälsotillstånd, dels för att sätta mål för insatserna. Målen gick att följa upp. På samma sätt som inom delprojekt Stroke kan man däremot inte heller här se om målangivelsen haft betydelse för inriktning och omfattning av vård-/omsorgsinsatserna.

## Delprojekt Ont i ryggen

Inom detta delprojekt gjordes en prövning av en "behovs-/målrelaterad modell" för verksamhetsuppföljning vid en specialiserad sjukgymnastenheter ("Rörelse & Hälsa, Kanonhuset" i Linköping) för behandling av patienter med ont i ryggen [16].

Prövningen gjordes dels i en retrospektiv journalgenomgång, dels i en prospektiv undersökning som inkluderade tolv patienter.

Det visade sig vara mycket svårt att definiera patienternas aktuella hälsotillstånd och tidsrelaterade delmål/mål för vårdinsatserna på ett sådant sätt att det gick att utvärdera i vilken utsträckning som vårdbehovet tillgodosattes. En väsentlig del av förklaringen till detta torde vara den uttalade komplexitetsgraden i dessa patienters hälsotillstånd.

## Delprojekt Psykisk ohälsa

Detta pilotprojekt genomfördes i Uppsala inom ett specialteam för ungdomar som insjuknat med psykos [17]. Sammanlagt nio ungdomar deltog. Vid start insamlades bakgrundsfaktorer och det aktuella tillståndet skattades såväl av personal som av patienterna. Den professionella klassificeringen av patienternas tillstånd gjordes med hjälp av skalorna GAF och CAN [10, 11]. Mål för behandlingen sattes av både personal och patienter och uppföljning gjordes efter 3 månader. De åtgärder som vidtogs av vård-/insatsgivare under mätperioden sammanställdes. Under den korta uppföljningstiden uppmättes förändringar vad gällde patienternas symtom och funktionsförmåga.

Denna begränsade undersökning visade att vårdbehoven hos en grupp psykiskt sjuka patienter kan beskrivas med hjälp av detta förfaringsätt. Såväl vårdgivare som patienter var positiva, men upplevde arbetssättet som tidskrävande. Liksom i delprojekten Stroke och Samspråk har det här varit svårt att utröna huruvida målet för behandlingarna haft inflytande på inriktning och omfattningen av vårdinsatserna.

## Samlade erfarenheter från pilotprojekten

Det begrepp för vårdbehov som använts inom InfoVU förutsätter ett arbetsätt med dokumentation av aktuellt hälsotillstånd vid vårdkontakten samt att behandlingsmål sätts som går att följa upp. De avgränsade pilotprojekten visar att ett målrelaterat instrumentellt begrepp för vårdbehov går att tillämpa inom olika delar av vården och omsorgen och att det går att följa upp i vilken utsträckning vårdbehovet tillfredsställs.

En tillämpning av detta begrepp för vård-/omsorgsbehov blir emellertid helt meningsfullt först då det angivna vårdbehovet får inflytande på vårdinsatsernas inriktning och omfattning och då det i efterhand går att analysera i vilken utsträckning som olika vårdinsatser bidragit till att tillgodose vårdbehovet.

# Avslutande bedömning

---

Insatserna inom vård och omsorg utvecklas kontinuerligt och ett rimligt antagande är att de i väsentliga avseenden tillgodoser befolkningens behov. En strikt analys av i vilken utsträckning som vård och omsorg är behovsberoende är emellertid inte möjlig. Därmed blir det inte heller möjligt att mer preciserat avgöra om samhällets insatser för vård och omsorg fördelas på ett optimalt sätt. För att åstadkomma förbättringar i detta avseende måste behovsbegreppet definieras och tillämpas på ett enhetligt vis. Någon tradition för det finns inte. Det behovsbegrepp som presenteras i denna rapport är teoretiskt väl underbyggt och det har i begränsade pilotprojekt visat sig användbart i vård och omsorg. Det är därför mycket angeläget att ytterligare pröva tillämpningen av denna metod för behovsbedömning i större skala där stor vikt läggs på dokumentation och hur behovsbedömningen styr vård- och omsorgsinsatserna.

# Referenser

---

1. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
2. Socialtjänstlag (2001:453).
3. Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2003. CMT Rapport 2003:2.
4. Begrepp och termer inom vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2005. Rapport InfoVU.
5. Prop. 1999/2000: 149 Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, a svnitt 7.5.3.
6. Maslow A.H. *Toward a Psychology of Being*. New York; 1968.
7. von Wright G.H. Om behov. *Filosofisk tidskrift* 1: 1 – 12; 1982.
8. Liss P-E. *Health Care Need*. Avebury; 1993.
9. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – fullständig version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
10. Relationship between Global Assessment of Functioning and other DSM axis in routine clinical work. *Psychiatric Serv*; 2005 April, 56 (4): 434-8.
11. Slade M., Phelan M., Thornicroft G., Parkman S. *Camberwell Assessment of Need (CAN); Comparison Assessments by Staff and Patient Needs*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Springer; 1976.
12. Lithman T. *Vårdkontakter för befolkningen i Skåne 1998 – 1999*; 2001. [www.skane.se](http://www.skane.se).
13. Persson G. *Epidemiological and clinical aspects of non-acute gallstone disease*. Linköping Dissertation 454; 1995.
14. *Delprojekt Stroke i Värnamo-Gislaved*. InfoVU; 2005.
15. *Delprojekt Äldre med stora omvårdnadsbehov/Samspråk*. InfoVU; 2005.
16. *Delprojekt Ont i ryggen*. InfoVU; 2005.
17. *Delprojekt Psykiskt ohälsa*. InfoVU; 2005.