

Öppen vård i Mellanälvsborg då, nu och sedan

med fokus på Lerum



Del III

i projektet/boken
Tillbakablick och diskussion
Närvården
hur blir den?

Bengt Dahlin och Jan Kuuse
2006

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Projektet.....	4
Prolog.....	5
En omvärldsbeskrivning inför 2000 -talet	6
Primärvården under sent 90-tal.....	6
Bemanning vid vårdcentraler.....	6
Allmänläkare.....	6
Distriktssköterskor.....	7
Sjukgymnaster och arbetsterapeuter.....	7
Medicinteknisk utrustning	7
Besöksutveckling i öppenvården under 1990-talet.....	7
Informationsutbyte och samverkan	8
Kvalitetsarbete.....	8
IT – i vården.....	8
Prevention och folkhälsoarbete	9
Patientperspektiv.....	9
Primärvårdens effektivitet.....	10
Snabba läkare ger nöjda patienter	10
Ökad satsning på primärvård	11
Politisk enighet om primärvårdens behov – men pengarna kommer inte.....	11
HSU 2000 – God vård på lika villkor? SOU 1999:66	12
Sammanfattning:.....	12
Decentralistiskt synsätt, 4.3	12
Om Styrmedel 4.4	13
Styrmedlens användning inom hälso- och sjukvården, 4.5.....	13
Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation på 2000-talet (HSU 2000, SOU 1999:66).....	14
Behov och resurser i vården SOU 1996:103	14
skeenden från då (provinsialläkartiden) till sedan (primärvårdstiden).....	15
Provinsialläkaren blev distriktsläkaren/allmänläkaren	15
Ekonomi och kultur i förändring.....	15
Välfärd och förändringar	15
Makroekonomin.....	18
En första globaliseringsvåg.....	18
Pågående globalisering	19
Ekonomisk utveckling	19
Blandekonomi	20
Skattesystemet och hälso- och sjukvården.....	20
Sjukvårdens industrialisering	21
Finansieringen av den öppna vården	21
Befolkningen och hälso- och sjukvården	22
Befolkningsutveckling.....	22
Mötet med vården	23
Mer om tillgänglighet, kontinuitet och befolkningsansvar.....	24
En organisation ständigt i förändring.....	25
Hur vill befolkningen att primärvården organiseras?	25
Sjukvårdspolitikern	26
Fyra nyanser av blått	26
Arbetsmiljön och arbetsättet	26
MBL	27
Information och kommunikation.....	27
Olika modeller för primärvårdens organisation	29

Primärvård i förändring	29
NÄRSJUKVÅRD och PROTOS	32
Hallandsmodellen	34
Göteborgsmodellen Fel! Bokmärket är inte definierat.	
Norges fastlegeordning	36
Ur Lokal utvecklingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården i Mittens Älvsborg	36
Utveckling av primärvården till en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet.....	36
Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring	37
Förbättrad tillgänglighet.....	37
Hälsofrämjande sjukvård och närsjukvård	38
Utveckling av hälso- sjukvården för äldre människor	38
Ökade insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa. Ökat stöd till personer med psykiska funktionshinder.	38
Äldre med psykisk ohälsa.....	39
Utvecklingsområden.....	40
Mångfalden av vårdgivare ökar inom vården och omsorgen	40
Valfrihet i vården.....	40
En primärvårdsutredning våren 1997	40
Mot närsjukvårdsbegreppet – avslutande diskussion	46
Epilog.....	47
.....	

Projektet

I vår historik över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvsborg har vi velat lyfta fram för primärvårdens utveckling viktiga moment. Den första historiska delen – Provinsialläkartiden fram till 1969 - ger en bakgrund till den kommande primärvårdstiden, en period som inleddes 1970.

Projektets andra del – Primärvården - utgör själva kärnan i studien av den öppna vården. I avsnittet om primärvården, dess uppbyggnadstid och ”lerumsmodellen” fokuseras mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun med utblickar i Mittenälvsborg och i landstinget i Älvsborg. Primärvårdstiden innebar i Mittenälvsborg ett sjudande förändrings- och utvecklingsarbete med stort engagemang från befattningshavarna. Man strävade mot de för primärvården uppsatta målen: Närhet, Tillgänglighet, Kontinuitet, Kvalitet och Samverkan. Samtidigt som verksamheten utvecklades upplevde man problem med bristande resurser p.g.a. av en lågkonjunktur med åtstramningar i ekonomin. Politikerstyrningen påverkade också på olika sätt verksamhetens utveckling.

I denna tredje del avslutar vi historien med att följa upp olika skeenden från då (provinsialläkartiden) till sedan (primärvårdstiden). I denna del vidgar vi vyerna till den öppna vården i allmänhet, inte speciellt i Mittenälvsborg. Vi rädes inte att ta upp till diskussion den stagnation och de problem som tornade upp sig under 1990-talet samt funderar och spekulerar kring utvecklingen efter sekelskiftet 2000.

Organisationen av den öppna vården utanför sjukhusen står år 2006 inför nya utmaningar. Vi refererar olika förslag till organisation av den öppna vården och kopplar dem till erfarenheter i Mittenälvsborg. Vilka strömningar kommer att ge avtryck i den framtida Mittenälvsborgs öppna vård? Hur kommer den nya Närsjukvården att se ut och fungera?

Det var vår målsättning. Men Du som läsare kan reagera och kommentera. Kanske har Du andra åsikter och funderingar.

*Livet bör begrundas bakåt men levas framåt.
/Kirkegaard/*

Del III.

PROLOG

Organisationen av den öppna vården utanför sjukhusen stod i början av 2000-talet inför nya utmaningar. Den närsjukvård som beskrevs 1969 - 1970 i Socialstyrelsens Öppenvårdsprogram och Spris rapport om ”Den öppna vårdens organisation ” verkade åter få aktualitet.

Axel Höjers intentioner på 1940-talet om en utbyggd öppenvård förverkligades under 1970-talet med satsningen på primärvård. Primärvårdens mål Närhet, Tillgänglighet, Kontinuitet, Kvalitet och Samverkan försökte man nå med de resurser som gavs. Trots att resurserna ökade kraftigt kom de aldrig ikapp förväntningar och efterfrågan. Satsningarna på kvalitet genom utbildning och FoU prioriterades högt. Läkartiden för rent patientnära arbete ökade inte trots resursökningarna. Patientadministrationen ökade till synes kanske genom satsningar på datorstöd, som sällan var tillräckligt effektivt utan snarare minskade den totala tiden för patientkontakter. Patienttrycket ökade då sjukhusens öppenvård hänvisade till primärvården. Tillgängligheten, som inledningsvis var ett överordnat mål, minskade. Telefonservicen centraliserades och patienten fick allt svårare att komma fram till mottagningarna, om man inte redan hade en etablerad vårdgivarkontakt – ”var inne i systemet”. ”Den svenska primärvårdsmodellen” verkade ha gått i stå.

Låt oss först i denna tredje del av historien visa på vad man i slutet av 1900-talet förväntade sig av framtiden. Vi avslutar med att lyfta fram de olika framtida öppenvårdsmodeller som diskuterats i början av 2000-talet. Vi refererar också Mittenälvsborgs politikers direktiv för närvården. Däremellan följer vi upp olika skeenden från provinsialläkartiden till nutid och diskuterar med egna funderingar på utvecklingen.

*Lär av andras misstag,
ty du kan inte leva tillräckligt länge
för att själv hinna begå dem alla.
/Martin Vaubee/*

EN OMVÄRLDSBESKRIVNING INFÖR 2000 -TALET

Primärvården under sent 90-tal

Beskrivningen har hämtats ur ”Primärvårdens utveckling i Sverige”, Per Swartling, SFAM – Supplement nr 1/01, Allmänmedicin nr 4/2002. Den bygger också på Socialstyrelsens slutrapport ”Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet” publicerades 1998. Rapporten är en uppföljning av primärvården under åren närmast efter husläkarreformens införande och snabba avskaffande. Den grundas på ett antal delstudier och ger en bra bild av 90-talets svenska primärvård.

Bemanning vid vårdcentraler

År 1998 fanns drygt 1 100 vårdcentraler (motsvarande). Enläkarstationerna var bara 8 %. Vårdcentralerna uppvisade en mycket varierande sammansättning och innehöll omkring 100 olika typer av mottagning. Den vanligaste var en vårdcentral i offentlig regi med fyra allmänläkare. Totalt har antalet mottagningar med fem eller flera läkare ökat. Enstaka vårdcentraler hade tio eller fler läkare.

Den vanligaste vårdcentralen (enheten) hade allmänläkare, distriktssköterskor och barnhälsovård. Kuratorer och psykologer hade ökat. De fanns på mer än var tredje vårdcentral och ökade primärvårdens förmåga att ta hand om patienter i kris eller med psykisk insufficiens.

Allmänläkare

År 1998 fanns 4 251 allmänläkare – fler än någonsin tidigare. Medelåldern var 49 år. Andelen kvinnor var 40 %. Befolkningen hade ökat till 8,85 miljoner, en ökning under 90-talet med en halv miljon. Antal invånare per allmänläkare, justerat för tjänstgöringsgrad, varierade mellan 2000 och 3000 i landstingen. Genomsnittssiffran var 2 367 invånare per allmänläkare. Det saknades enligt Socialstyrelsens rapport mellan 500 och 700 allmänläkare för att nå upp till en allmänläkare per 2000 invånare. Många distriktsläkare arbetade deltid, hade uppgifter inom ledning, undervisning, forskning etc. vilket minskade tiden för direkt patientarbete. Den verkliga bristen var därför i praktiken ännu större. Mot den bakgrunden angav landstingsförbundet i sin slutrapport 1995 ”framtidens primärvård” att det skulle behövas 6000 allmänläkare för att nå målsättningen en heltidsarbetande allmänläkare per 2000 invånare.. Den av Svenska Distriktsläkarförbundet och svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) önskvärda bemanningen är för framtiden en allmänläkare per 1 500 invånare. Detta behov uttalades även av socialministern våren år 2000.

Bristen på allmänläkare har hämmat primärvårdens utveckling och problemet kvarstår inför 2000-talets början.

Utöver mottagning och jourarbete har de flesta offentligt anställda allmänläkarna åtaganden inom andra av primärvårdens ansvarsområden. I BVC deltar 85 %, i hemsjukvård 63 % men bara 17 % av distriktsläkarna deltar i MVC. I handledning av läkare under utbildning deltar 40%. Fyra procent har forskningsuppgifter inom tjänsten. Antalet hembesök är få, endast två besök i genomsnitt per vecka. Allmänläkarnas medverkan i hemsjukvård och vård i särskilt boende har ofta varit otillräcklig och medfört en hel del kritik.

Svenska allmänläkare har relativt få mottagningsbesök per dag jämfört med tidigare och jämfört med kollegor i de flesta andra länders. I en studie 1997 i sex områden i Sverige hade varje läkare endast tio registrerade besök per dag. Dock var läkarna inkopplade på 25 patientärenden per dag, som krävde läkares ställningstagande. Den svenska primärvårdsmodellen är att klara av så många av patientens problem som möjligt vid ett besök för att undvika ett eller flera täta återbesök. Den är tväremot den engelska modellen med många och korta besök hos vårdgivaren.

Distriktssköterskor

Före Ädelreformen 1992 hade de flesta distriktssköterskor likartade arbetsuppgifter med mottagning, barnhälsovård och hemsjukvård inom landstinget.

Efter Ädelreformen fanns cirka 7000 distriktssköterskor varav omkring 2000 fick kommunen som huvudman. 4 % hade privata arbetsgivare. Omkring 30 % av kåren arbetade enbart med hälso- och sjukvård på egen mottagning och vid allmänläkarmottagningar samt med äldreomsorg.

På den egna mottagningen kunde som förut patienter söka direkt eller efter hänvisning av läkare för enklare behandlingar, injektioner, såromläggningar, suturtagningar, blodtryckskontroller, rådgivning m.m. De flesta distriktssköterskor fick efter hand också rätt att skriva ut recept på vissa läkemedel. Mer än hälften av distriktssköterskorna arbetade med barnhälsovård i kombination med mottagningsverksamhet. Vid många vårdcentraler har det länge funnits sjuksköterskor, som efter särskild utbildning, fått ansvar för kontroll av vissa patientgrupper. Sjuksköterskemottagningar har inrättats för diabetes-, astma och hjärtsviktskontroller. Mellan läkarbesöken, som kan göras relativt glesa, har patienten regelbundna kontroller hos specialsjuksköterskan. Med hjälp av dessa specialmottagningar har slutenvården avlastats påtagligt.

I den kommunala hälso- och sjukvården var sjuksköterskans arbete vård av äldre, handikappade och långvarigt sjuka i olika boendeformer. Omkring 20 % arbetade enbart med hemsjukvård av lång- eller korttidskaraktär och med vård i särskilt boende.

Fler sjuka patienter kom att vårdas i hemmen vilket gjorde att distriktssköterskan fick ägna sig åt mer avancerad sjukvård än tidigare, som då ofta var sjukhusanknuten.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Totalt fanns 1998 motsvarande 4 200 heltidsarbetande sjukgymnaster i primärvården. Sjukgymnasterna har en viktig roll att rehabilitera sjukskrivna patienter tillbaka till arbete. Få hembesök görs. De av kommunerna anställda tar mest hand om äldre patienter med ett brett spektrum av funktionsstörningar. Mer än hälften av kontakterna sker i patientens hem.

Vid Ädelreformen 1992 övergick många arbetsterapeuter från landstingen till kommunerna. Kommunerna behövde arbetsterapihjälp för sina patienter med ADL-träning och bostadsanpassning. År 1998 fanns totalt motsvarande 2 800 arbetsterapeuter i primärvården.

Medicinteknisk utrustning

På 50-talet övergav patienterna ofta provinsialläkarmottagningarna p.g.a. att de hade för bristfälliga möjligheter till adekvat undersökning. Man sökte direkt till sjukhusklinikernas öppna mottagningar. Efter hand fick vårdcentralerna tillgång till adekvat medicinsk utrustning. Man kunde i princip få samma prover tagna på vårdcentralen som på sjukhuset. Många prover analyserades vid vårdcentralens eget laboratorium, Andra prover sändes för analys vid annat laboratorium, som meddelade vårdcentralen svar på provet.

Vårdcentralernas diagnostiska utrustning ökade i kvalitet. Alla fick tillgång till flerkanaliga EKG-apparater, oftalmoskop, otoskop, peakflowmeter, rektoskop, mikroskop, moderna Hb- och blodglukosmätare samt välutrustade akutväschor. Vanligt var också att vårdcentralerna fick öron- och ögonmikroskop, audiometer, spirometer, defibrillator m.m. Alla vårdcentraler kan remittera patienter till sjukhusens röntgenavdelning. Allmänläkaren har därför goda möjligheter att utreda de flesta patienter som kommer till vårdcentralen. Patienterna kan sedan vid behov få remiss för behandling hos specialist vid sjukhus eller besked om att utredningen inte visade tecken på någon allvarlig sjukdom.

Besöksutveckling i öppenvården under 1990-talet

Läkarbesöken i öppen vård var under 90-talet omkring 25 miljoner årligen i hela landet. Detta motsvarar 2,8 besök per invånare och år, vilket är en låg siffra internationellt sett. Privata vårdgivare stod för 20% av besöken. Efter 1994 har andelen besök vid vårdcentraler ökat relaterat till sjukhusens öppna vårds besök – 56 % resp. 44 %. Varje invånare gjorde 1,3 besök årligen i primärvården. Omkring 11 % av besöken i primärvården resulterade i remiss till annan läkare, oftast vid sjukhus.

Informationsutbyte och samverkan

Allt fler patienter förs över från sjukhusens vård till primärvården. Detta har ökat kraven på samverkan och informationsöverföring mellan vårdnivåerna. För att vårdkedjan ska fungera adekvat har Socialstyrelsen tagit fram vårdprogram för de stora sjukdomsgrupperna som t.ex. diabetes, stroke och hjärtsvikt. Läke-medelskommittéer i landstingen rekommenderar användning av mediciner så att liknande mediciner skrivs ut i primärvården som på sjukhusen. På många sjukhus har en allmänläkare engagerats för kontakt mellan vårdnivåerna och för att sprida kunskap om primärvårdens arbetssätt och resurser. Klinikernas önskemål om remissinnehåll och allmänläkarnas krav på remissvar kan då lättare diskuteras. Lokala överenskommelser kan göras inom olika problemområden.

När det gäller kommunikationen med primärkommunerna är situationen på många håll sämre. Vid uppföljning av Ädelreformen visade det sig att kommunikationen fungerade dåligt vad gällde bl.a. utskrivningsmeddelande. En annan studie före och efter Ädel- och husläkarreformen visade att den organiserade samverkan mellan landstingets primärvård och socialtjänsten minskade vad gällde äldre, långvarigt sjuka och missbrukare. Däremot ökade läkarnas kontakter med försäkringskassan p.g.a. ökade rehabiliteringskrav och bildande av rehab-grupper. Både läkare och sjuksköterskor tycker att Ädelreformen, husläkarreformen och de nya ekonomiska styrsystemen lett till en renodling av arbetsuppgifterna. Därvid har ett av de gamla honnörsorden i primärvården – helhetstänkandet – gått förlorat.

Kvalitetsarbete

Enligt HSL skall kvaliteten inom hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen förtydligade lagen 1996 i en föreskrift. Vårdgivaren har ansvaret för att kvalitetsarbetet görs men all personal har krav på sig att medverka.

I anslutning till husläkarreformen ställde staten medel till förfogande för att stimulera kvalitetsutvecklingen. Olika kvalitetsböcker togs fram för distriktssköterskor, privatpraktiserande läkare med flera. Olika metoder för kvalitetsarbete presenterades också SFAM (svensk förening för allmänläkare) bildade inom sig nätverk med omkring 1 800 allmänläkare i grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling, s.k. FQ-grupper, med ett centralt sekretariat för fortbildning.

Arbetet med kvalitetssäkring har kommit igång i mycket begränsad omfattning

IT – i vården

En under 90-talet viktig informationsteknik - datorisering av vårdinformationen borde ha ökat möjligheterna till informationsutbyte och kvalitetsarbete. I samband med husläkarreformen 1993 gavs statligt stöd för datorisering av primärvården Utvecklingen gick mycket snabbt och vid sekelskiftet hade över 90 % av vårdcentralerna datorjournal. Datorn medför många fördelar, journalen finns alltid på plats (så länge systemet fungerar), laboratoriesvar kan föras in direkt i journalen (på sina håll direkt från externa laboratorier). Recept kan skrivas ut via datorn, vilket ger tydlig skrift och automatisk dokumentation. Stödfunktioner har utvecklats för vårdprogramuppföljning och för diagnosregistrering. Uppföljning av olika patientgrupper vore önskvärt och borde vara enkelt med datorstöd men de valda systemen är inte praktiskt utformade för dessa behov. Datorn borde också kunna användas för bevakning av sända remisser och provsvarshantering. På dessa punkter finns oftast bristande rutiner och tekniska lösningar. Datorerna har tyvärr inte sparat tid för läkarna bl. a. p.g.a. journalagens många krav, men ingen skulle vilja återgå till pappersjournalen.

Varför blev det trots allt så många problem med den nya tekniken? Huvudorsaken kan sammanfattas i avsaknad av standardiserade vårdadministrativa system och datorjournalssystem. Det har av kommersiella skäl utvecklats en mängd datorjournalssystem. Sjukhusen och primärvården använder oftast olika tekniska lösningar. Till och med inom ett sjukhus kan en mängd olika lösningar finnas som inte är kompatibla. Stora strävanden görs emellertid både inom landstingen, på nationell nivå och på europainivå att finna standards som möjliggör informationsutbyte över olika nivåer och gränser. När Spri lades ned år 2000 blev det ett vakuum i samordningsarbetet på nationell nivå, som ännu 2005 inte har fyllts ut.

Prevention och folkhälsoarbete

Både Primärvårdsutredningen 1978 och HS 80 förväntade sig att primärvården skulle ta huvudansvaret för det sjukdomsförebyggande arbetet, såväl individinriktade som det befolkningsinriktade. Trots olika lokala försök att nå dit lyckades man inte. Det förebyggande arbetet fick lågprioriteras i brist på allmänläkare. Det fick stå tillbaka för kraven på sjukvårdande insatser och krav på tillgänglighet, kontinuitet och service. I slutet av 90-talet har de senare kraven skärpts ytterligare varför sjukvårdande insatser måste prioriteras än hårdare. Vad distriktsläkare och distriktssköterskor kunnat engagera sig i är insatser som gäller framför allt riskfaktorer inom de s.k. folksjukdomarna och som berör livsstil med rökning, kost, motion samt alkohol och droger. Det förebyggande arbetet inom barn- och mödrahälsovård är också väl etablerat. Distriktssköterskorna har fått en bredare ansats vad gäller olycksfallprofylax och äldres sår- och fotvård. Psykosociala problem och livskriser engagerar också primärvården. Förebyggande arbete i grupp har också ökat inom olika problemområden. En annan viktig plattform är de allt vanligare ungdomsmottagningarna i primärvårdens regi. Ungdomsproblem som kan angripas och förebyggas är veneriska sjukdomar samt alkohol- drogproblem och våld, olycksfall.

Patientperspektiv

Patientens första val av mottagning vid icke allvarlig sjukdom utgörs av vårdcentral i 60 % i storstäderna och 80% i övriga regioner.

Enligt HSL (Hälsa- och sjukvårdslagen) har alla rätt att välja en egen läkare i primärvården. 63% av invånarna uppgav sig ha en bestämd läkare. I nästan 80 % var det en allmänläkare.

Tillgängligheten är en viktig fråga för patienten. Alla skall ha rätt att få kontakt med sin vårdcentral samma dag och få en läkartid inom en vecka. De flesta allmänläkare har egen telefontid varje vardag. Dessutom är telefon till mottagningen öppen större delen av dagen. Ändå är det inte sällan svårt för patienten att komma fram på telefon. Parallellt med vårdcentralens rådgivningsfunktion har centrala telefonsystem för sjukvårdsupplysning byggts upp. Man tänker sig en central sjukvårdsupplysning i Västra Götaland och på sikt kanske samordning med andra regionala system i riket. För att öka tillgängligheten hade under slutet av 90-talet över hälften av vårdcentralerna infört öppen mottagning som innebär att kunna söka läkare för korta och enkla besök utan att beställa tid. Denna modell upplevde många mottagningar ge problem. Som t.ex. att för många sökte den öppna mottagningen med långa väntetider i väntrum som följd. En återgång till tidsbeställd mottagning blev följd för många.

Vid tidsbeställning ansåg 80 % att de fått tid hos läkare tillräckligt snabbt. 76 % ansåg det viktigt att få träffa samma läkare som vid tidigare kontakter. För uppföljning av tidigare problem steg siffran till 93%.

Primärvårdens effektivitet

Under primärvårdens utbyggnad de senaste 25 åren har man haft stora förhoppningar på att primärvård skulle bidra till lägre kostnader för hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens rapport "Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården" (1999:19) drar man följande slutsatser om primärvårdens effektivitet vad gäller kostnad och kvalitet:

- En bra primärvård har positiva effekter på folkhälsan som den kan avläsas i olika folkhälsomått och bidrar till en lägre konsumtion av både slutet och öppen vård och därmed till lägre totala sjukvårdskostnader. Ökad tillgång på primärvårdsläkare har medfört bättre värden på total dödlighet, dödlighet i hjärtsjukdom och cancer, förväntad livslängd, spädbarnsdödlighet eller låg födelsevikt.
- En väl fungerande primärvård gör att befolkningen är nöjdare med sitt sjukvårdssystem oberoende av hur stort belopp per invånare som olika länder lägger på sjukvård. Detta kan förklaras av att 80 – 85 % av invånarna kan få sitt vårdbehov helt tillgodosett inom primärvården. Om primärvården fungerar bra innebär det att den absoluta majoriteten av befolkningen upplever att hela sjukvårdssystemet fungerar bra för de upplevda vårdbehoven,
- Organisationen av primärvården har stor betydelse för i vilken grad man når dessa effekter. Exempelvis utnyttjar prestationsersatta läkare slutenvården 50 % mer än kapitationsersatta läkare. Kapitation som ersättningssystem, fritt läkarval, personlig läkarkontinuitet och välutrustade vårdcentraler har visat sig förstärka de positiva effekterna av primärvård.
- Primärvården kan, till lägre kostnad och med ingen eller liten skillnad i kvalitet, hantera de sjukdomar som kan skötas av såväl allmänläkare som organspecialist. Den vård som studerats gäller patienter med hypertoni, diabetes, akuta ryggsbesvär, sköldkörtelsjukdom, depression och antikoagulantibehandling.
- Primärvårdsläkare skriver ut billigare läkemedel, som är effektmässigt jämbördiga med dyrare läkemedel, än vad specialistläkare gör och de följer i högre grad riktlinjerna för läkemedelsförskrivning.

Snabba läkare ger nöjda patienter

I Göteborgs-Posten (GP 26 april 2006) refererar Christer Lövkvist en studie gjord av chefen för primärvården i Göteborg, Bo Rangmar, som hade analyserat år 2005:s öppenvårdsstatistik. Bakgrunden var väldiga skillnader i produktivitet mellan regionens vårdcentraler. Bo Rangmar hade räknat med att finna ett samband mellan de många vårdcentralernas låga produktivitet och den andel av vårdcentralens patienter som var åldriga eller behövde tolkhjälp. Men han hittade inte något samband. De viktigaste förklaringarna tycktes i stället vara vilka arbetsrutiner man hade på vårdcentralerna och hur ledarskapet ser ut.

"Hög produktivitet innebär många patientkontakter. Inom läkarkollektivet har framförts uppfattningen att många patientkontakter kan medföra att en och samma patient kan tvingas till många läkarbesök och/eller att "komplicerade" patienter prioriteras bort."

Tvärtom konstaterade Bo Rangmar att patienterna var mest nöjda med de vårdcentraler där doktorerna hann med många patienter, vilket var ett av de få säkra samband som han fann i sin analys.

På några vårdcentraler i Göteborg hade man en typ av ackord, som innebar att om läkarna hinner med fler än 2600 patientbesök årligen så får de en bonuslön på upp till 10 000 kronor per månad. Inga läkare hade hittills missat det målet.

"Eftersom ekonomiska incitament ses som kontroversiella så har vi följt dessa vårdcentraler extra noggrant", säger Bo Rangmar. "Vi kan inte se att deras patienter gjorde fler läkarbesök än andra. Patientmixen stämmer också väl med andra vårdcentralers."

När nu de dåliga ursäkternas tid är förbi tycker Bo Rangmar att vårdcentralerna ska lära av varandra, av de goda exemplen. Men för att få fart på läkarna krävs det sannolikt också morötter, tror han.

Ökad satsning på primärvård

Riksdagens revisorer granskade primärvårdens resurser under slutet av 90-talet och redovisade resultatet i en rapport 1997/98:5. Riksdag och regering har sedan lång tid framhållit att primärvården ska vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I regeringens proposition om primärvård med mera (1994/95:195) uttalas att det är nödvändigt att resurser från sjukhusen omfördelas till primärvården så att primärvården får möjlighet att ta emot de omfördelade patientströmmarna. Revisorsrapporten konstaterar att någon överflyttning av resurser inte har skett och att den svenska primärvården fortfarande är underdimensionerad vid en internationell jämförelse. Framför allt är antalet allmänläkare internationellt sett mycket lågt. Revisorerna ifrågasätter hur primärvårdens ökade åligganden med bland andra nya patientgrupper från sjukhusen kan vara möjligt att klara utan resurstillskott.

Under våren 2000 slöts ett avtal mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att tillföra primärvården ytterligare pengar. Socialministern förklarade att om primärvården ska klara de krav den har idag måste det skjutas till resurser. I framtiden ska alla invånare få tillgång till och kunna välja en egen läkarkontakt i primärvården. Tillgänglighet till primärvård ska finnas alla tider på dygnet så att man inte behöver anlita akutsjukvården vid sjukhus för sjukdomar eller skador som primärvården kan klara av. Enligt socialministern krävs många fler läkare inom primärvården. I avtalet talar man om att insatser från andra medicinska specialiteter än den allmänmedicinska kan vara viktiga delar i framtidens primärvård. Framför allt rör det sig om barnsjukvård, gynekologi, psykiatri och geriatrik. Socialministern ansåg att det bör vara möjligt att ha en barnläkare eller geriatriker som fast läkarkontakt.

Regeringen har också beslutat att inrätta ett familjemedicinskt (allmänmedicinskt) institut, som ska svara för utvecklingsarbete, forskning och fortbildning av alla personalkategorier inom primärvården. Detta kommer att bli ett värdefullt stöd för allmänläkarnas fortbildning. Även Sveriges läkarförbund anser att satsningen på primärvården är riktig. Man har funnit att arbetsmiljön för läkarna inom primärvården blivit försämrad med allt för hög arbetsbelastning, ökade krav och för liten möjlighet att själv påverka sin arbetssituation. Läkarförbundet har som målsättning att antalet allmänmedicinska specialister ökar till 6000, det vill säga omkring en allmänläkare per 1 500 invånare.

I slutet av 2000 godkände riksdagen regeringens nationella handlingsplan för att förbättra primärvården, äldrevården och psykiatrin. Målet för primärvården är att utöka allmänläkarkåren med 1 700 läkare inom åtta år. Rekryteringen av specialister i allmänmedicin ska underlättas med olika åtgärder såsom tydligare avgränsat uppdrag, förbättring av arbetsmiljön och ökade möjligheter till fortbildning och forskning. Även andra specialister ska kunna vidareutbildas till specialister i allmänmedicin och rekrytering av läkare från utlandet ska ske.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att svara för uppföljningen av handlingsplanen. Man har påtalat att omkring 400 specialister i allmänmedicin bör utbildas årligen de närmaste åren. Det blir en uppgift för sjukvårdens ledning på alla nivåer att se till att utvecklingen styrs mot dessa mål.

Politisk enighet om primärvårdens behov – men pengarna kommer inte

Utdrag ur en artikel i Läkartidningen nr 17 2006 volym 103, Sara Gunnarsdotter. En diskussion vid Distriktsläkarförbundets fullmäktigemöte.

”Trots en stor politisk enighet om behovet av en väl fungerande primärvård så styrs landstingens resurser sällan dit. Men varken sittande vårdministern Ylva Johansson eller utmanaren Maria Larsson (kd) vill se en nationell reglering av primärvården.

Maria Larssons recept heter mångfald i form av möjligheter till avknoppning, medan Ylva Johansson gång på gång tryckte på att vad sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet behöver är resurser. Som enligt Ylva Johansson egentligen redan finns.

Vi har ökat resurserna till sjukvården under en tioårsperiod från 8,2 till 9,2 procent av BNP, dessutom har BNP ökat. Just nu gör alla landsting positiva resultat, sa Ylva Johansson.

Men det var flera i auditoriet som inte nöjde sig med det.

– Upp till bevis! sa Göran Fälthammar, ordförande i DLF Bohuslän, som undrade hur och när den verbala satsningen på primärvården också ska bli reell.

Ylva Johanssons förklaring till att inget händer var folkviljan. – Det går nästan inte att lägga ner sjukhus ute i landstingen även om det är ekonomiskt välmotiverat att styra över resurser till primär- och närsjukvård. Det folkliga stödet att behålla sjukhuset är väldigt starkt även om det är främst primärvården man går till – och blir förbannad på när man får vänta i telefonkö hos.

När debatten var över och politikerna lämnat lokalen så vittnade bland annat Moa Vlastós från DLF Västmanland om att där hade det minsann gått att lägga ner sjukhus, men inte hade det styrts över några pengar till primärvården för det. –

Besluten i landstingen går i allmänhet ut på att prioritera primärvården. Men sjukhusvården driver sina egna intressen starkare, primärvården har haft svårare att visa hårda fakta, sa Ylva Johansson. Hon fick medhåll av Maria Larsson som menade att om bara primärvården blev bättre på att göra »kundundersökningar« så skulle kvaliteten i verksamheten höjas till skyarna och det skulle bli lättare att förstå hur viktig primärvården är. Därmed skulle det blir lättare att koppla resurstillskott till primärvården.

– Problemet är att alla redan är överens om att primärvården är bra, ändå händer ingenting, konstaterade Göran Fälthammar, DLF Bohuslän.”

HSU 2000 – God vård på lika villkor? SOU 1999:66

Sammanfattning:

De nationella målen och de etiska grundprinciperna är riktlinjer för en långsiktig och kontinuerlig utveckling av svensk hälso- och sjukvård, och de står för gemensamma värderingar på nationell nivå. Kommittén är medveten om att det aldrig kommer att kunna sägas att målen är helt uppfyllda. Tolkningen av målen förändras i takt med välfärdsutvecklingen i samhället vilket inte minst gäller hur vi i Sverige tar tillvara nya medicinska rön och deltar i den medicinska kunskapsutvecklingen. Statens roll är, förutom att formulera mål och principer, att följa och värdera att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter utvecklas så att de bidrar till en ökad måluppfyllelse och när så behövs ingripa med olika styrmedel.

Decentralistiskt synsätt, 4.3

I samband med uppbyggnaden av den moderna välfärdsstaten har kommunernas och landstingens uppgifter successivt ökat. Utvecklingen av den offentliga förvaltningen har präglats av ett decentralistiskt synsätt, enligt vilket det ansetts angeläget att en stor del av den offentliga verksamheten ombesörjs av kommuner och landsting. Detaljregleringen av den kommunala verksamheten har minskat sedan mitten av 1970-talet och kommuner och landsting har efterhand fått allt större frihet att utforma verksamheten efter lokala och regionala förhållanden.....

Vårdorganisationen har under 1990-talet decentraliserats genom att verksamheter förts över från staten till landsting och från landsting till kommuner genom huvudmannaskapsreformer. Genom den s.k. Ädelreformen år 1992 fick kommunerna huvudansvaret för vården och omsorgen om äldre. Handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995 medförde också betydligt utökat kommunalt ansvar. I och med läkemedelsreformen år 1997 får landstingen ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård. Reformen genomförs etappvis, tidigast år 2001 kommer landstingen att ha ett fullständigt kostnadsansvar.

Även inom landsting och kommuner har en decentralisering av organisationen skett. Motivet har varit att den som i praktiken utformar verksamhetens innehåll också skall ha ansvar för verksamhetens resultat. Föreställningen är att en decentraliserad organisation lättare kan fånga upp olika patientgruppers behov och förväntningar och att man därigenom kan åstadkomma en effektivare verksamhet.

En annan tendens är att kommuner och landsting har lagt ut verksamheter på entreprenad till privata vårdgivare och andra vårdproducenter. För vårdverksamhet har

detta framför allt detta skett inom kommunal äldrevård och den öppna vården utanför sjukhus....

Om Styrmedel 4.4

Den offentliga makten har tre grundläggande styrmedel till sitt förfogande:

Regler, ekonomiska styrmedel och information.

Alla medel som staten kan regera med innefattas på ett eller annat sätt av dessa tre (Vedung 1998: 1131).

Petersson / Söderlind (1993) pekar på ett fjärde styrmedel, fysiska styrmedel, som t.ex. kan innefatta infrastruktur för att förhindra eller underlätta vissa beteenden.

Dessa fysiska styrmedel innefattas i den tredelade styrmedelsmodellen i de ekonomiska (finansiella) styrmedlen. Ett bättre namn på detta kanske vore materiella styrmedel eller materiella resurser, dvs. statsmakterna använder resurser som medel för att styra.

Styrmedlens användning inom hälso- och sjukvården, 4.5

Hälso- och sjukvården styrs av nationella mål och krav som är formulerade i hälso- och sjukvårdslagen. Denna lag är en ramlag och syftet är att lämna stort utrymme för den lokala nivån att organisera och utforma vårdens innehåll. För att säkerställa de nationella målen använder sig staten av tillgängliga styrmedel....

En av statens viktigaste uppgifter är det övergripande ansvaret för Sveriges ekonomi. I ansvaret ingår att den offentliga verksamheten i vid mening utvecklas på ett sätt som är förenligt med samhällsekonomisk balans. Den kommunala sektorn står för merparten av de offentliga utgifterna varav vården i sin tur svarar för en betydande andel. Statens styrmedel för den kommunala ekonomin under 1990-talet har varit statsbidrag, skattestopp åren 1991-1993 och senare andra begränsningar av möjligheten att höja skattesatsen samt ett lagstadgat krav på balans i ekonomin. En förskjutning har skett sedan mitten av 1980-talet från statsbidrag som är riktade till viss verksamhet till generella bidrag till den kommunala ekonomin. Endast en mindre del av statsbidragen är i dag riktade.

Staten har ansett det angeläget att ge förutsättningar för medborgarna att få vård på lika villkor. Medel för detta har varit statsbidrags- och utjämningsystemet som skall ge kommuner och landsting ekonomiska förutsättningar för att kunna erbjuda ett utbud av vård som är jämnt fördelat i landet. Reglering av patientavgifterna har som syfte att tillförsäkra medborgarna ekonomiska förutsättningar att efterfråga vård på lika villkor. Andra medel har varit att genom uppföljning, utvärdering och olika former av informationsinsatser påverka att vårdgivaren på ett jämlikt sätt bemöter och behandlar olika grupper i samhället.

En annan statlig angelägenhet är att bevaka att patienten erbjuds en god vård på lika villkor och att de etiska principerna om prioriteringar i vården upprätthålls. För personer med vissa allvarliga funktionshinder har staten utökat kraven genom att i lag fastställa vissa rättigheter.

Åtgärder för att stärka patientens ställning har tidigare föreslagits av kommittén i delbetänkandet Patienten har rätt (SOU 1997:154).

Staten har lagt stor vikt vid medicinsk säkerhet och kvalitet. En stor del av styrningen syftar till att en god kvalitet på vården skall upprätthållas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Staten svarar för en stor del av utbildningen av medicinsk personal och har sedan länge i lag ställt krav på skyldigheter, behörighet och legitimation för denna personal, till vilken också är kopplad disciplinpåföljd om kraven inte uppfylls. Staten bedriver även verksamhetstillsyn, vilket lagstodgades år 1997, med syftet att förebygga skador och eliminera risker i vården. Tillsynen skall både stödja och granska verksamheten.

Statens ekonomiska satsningar på forskningens infrastruktur och finansiering kan sägas vara ett led i styrningen som tillförsäkrar att Sverige deltar i den internationella utvecklingen av ny kunskap. En stor del av den statliga informationsverksamheten syftar till att förmedla kunskaper och därmed påverka vårdproducenter och vårdens personal att utveckla vårdens kvalitet. Det sker bl.a. genom att granska, värdera och göra aktuell forskning tillgänglig genom SBU rapporter, nationella riktlinjer för vissa sjukdomar och s.k. State of the Art dokument från Socialstyrelsen, Spris verksamhetsberättelser m.m. Staten bidrar även som en av många aktörer med statistik, utvärderingar, erfarenheter av utvecklingsarbete, forskningsresultat m.m. till vårdens kunskapsuppyggnad. Här kan

också nämnas de olika register som används för att identifiera risker och mäta vårdens resultat.

Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation på 2000-talet (HSU 2000, SOU 1999:66)

I den statliga utredningen om hälso- och sjukvården på 2000-talet övervägs hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån.

För finansiering av FoUU Staten skall ansvara för kostnader för klinisk grundutbildning. Kostnader för vidareutbildning av läkare finansieras av huvudmännen. Grundforskning, klinik forskning och utvecklingsverksamhet går i varandra och är starkt integrerade i det direkta hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta gör det svårt att dra en tydlig gräns mellan vad som kan anses vara statens finansieringsansvar och vad som är landstingens, särskilt i "gråzonen" mellan klinisk forskning och utvecklingsarbete. Kostnader för FoU har hittills varit "dolda" i olika sjukvårdsenheters ramanslag och inte kunnat särskiljas från den egentliga sjukvårdsverksamheten. En gemensam angelägenhet är den patientnära kliniska forskningen medan den rent experimentella kliniska forskningen är ett statligt ansvar. Utredningen föreslog en komplettering av Hälso- och sjukvårdslagen med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för klinisk forsknings- och utvecklingsarbete.

I HSU 2000 beskrivs också primärvårdens innehåll och uppgifter. Primärvårdens patientgrupper definieras som:

- Patienter med "de vanliga" sjukdomarna.
- De äldres ohälsa.
- Patienter med kroniska s.k. folksjukdomar.
- De svaga och utsatta.
- De oroliga.

Behov och resurser i vården SOU 1996:103

Kommittén har gjort en samlad bedömning av behov och resurser för hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg.

Slutsatsen är att det är mycket svårt att åstadkomma kostnadsminskningar i den takt och omfattning som många landsting och kommuner är i färd med att genomföra för att klara balanskraven utan att det leder till att de nationella målen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen äventyras. 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 av anhörigas och närståendes insatser.

SKEENDEN FRÅN DÅ (PROVINSIALLÄKARTIDEN) TILL SEDAN (PRIMÄRVÅRDSTIDEN)

Provinsialläkaren blev distriktsläkaren/allmänläkaren

Vi har följt den öppna vården i Mittenälvsborg från början av 1800-talet till år 2000. Man kan konstatera dels att samhällsutvecklingen i dess olika delar varit den stora påverkande faktorn för förändringar och utveckling av vården dels att läkarna också, i olika avseenden, varit nyckelpersoner i utvecklingen.

Samhällsutvecklingen både ekonomiskt och politiskt har vi därför ansett viktig att följa både allmänt och genom att referera olika offentliga utredningar och lagändringar.

Läkarnas roll i hälso- och sjukvården har från att vara allomfattande (se del 1 provinsialläkartiden) reducerats genom att nya personalkategorier tillkommit och tagit över stora delar av läkarnas tidiga uppgifter.

Först tillkom 1:e provinsialläkaren/länsläkaren, som blev hygienikern i landstinget, blev smittskyddsläkare och tog över olika tillsynsfunktioner. Rättsläkarfunktionen överfördes till patologer och rättsläkare även om i viss del kvarstod enligt läkarinstruktionen ända fram till början av 1970-talet. Då kommunerna tillfördes kompetens försvann provinsialläkarens roll i de kommunala nämnderna både vad gällde hälsovård, socialvård och skola.

Distriktsköterskorna var lång tid provinsialläkarens ”underläkare” och hade hemsjukvård och barnhälsovård som specialområden. Barnmorskorna var på samma sätt inriktade på mödrahälsovård. När vårdcentralerna tillkom på 1970-talet blev de medlemmar i vårdcentralens team tillsammans med distriktsläkaren. De fick nya funktioner som specialsjuksköterskor för olika sjukdomsgrupper som hypertoni och diabetes. Mödra- och barnhälsovårdens funktionella ledning togs över av mödra- och barnhälsoöverläkare, knutna till sjukhusets specialistkliniker men med ett ben i primärvården. Både sjuksköterske- och barnmorskeutbildningen blev högskoleanknuten. Kompetensen och självständigheten för de båda yrkeskategorierna ökade alltmer.

Andra medlemmar i vårdcentralteamet tillkom vid de större enheterna som sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Även dessa blev högskoleutbildade och kompetensen ökade.

Teamets hälso- och sjukvårdsansvar för primärvårdsområdet ”stympades” i och med Ädelreformen 1992 då primärkommunen tog över hemsjukvården och vården i särskilda boende (tidigare ålderdomshem och sjukhem).

Läkarna hade naturligt varit de olika befattningshavarnas ledare och chefer. Efter hand som de administrativa uppgifterna ökade på vårdcentralen tog sjuksköterskor över ledningsansvaret.

Allmänläkarspecialiteten kom på 1970-talet att få specialistutbildning motsvarande sjukhusspecialisternas. Den brist som tidigare funnits i form av brist på forsknings- och utvecklingsarbete löstes i och med universitetsanknytning av allmänläkarspecialiteten med professorer inom ämnet. De tidigare fåtaliga doktorskompententa distriktsläkarna ökade i antal och övriga medlemmar i vårdcentralteamen fick också möjlighet att utvecklas inom FoU. På allmänmedicinska institutionerna utvecklade allmänläkarrollen mot ”konsultationen” – vad som hände i mötet mellan läkare/vårdgivare och patient.

Läkarna kom på detta sätt allt mer att fokusera sin kompetens på den enskilde patienten med diagnostik och behandling av sjukdom. Den preventiva medicinen prioriterades lägre.

Den ”omnipotente” provinsialläkaren/distriktsläkaren fanns inte längre vid sekelskiftet 2000.

Vi skall här under ett antal rubriker försöka fånga förändringsprocessen både vad gäller samhällsförändringar som förändringar för befolkning och för personalen vad gäller organisation och förändrat arbetssätt.

Ekonomi och kultur i förändring

Välfärd och förankringar

De senaste hundra åren i Sverige kännetecknas av ökad differentiering och specialisering i arbetslivet, högre utbildning, omfattande strukturomvandlingar och ekonomisk tillväxt. Detta

har i sin tur medfört att den materiella välfärden ökat kraftigt. I Sverige har förändringen från ett fattigt jordbruksland med torpare och bönder – där man arbetade i närheten av hemmet – till ett modernt tjänste- och kunskapssamhälle gått mycket snabbt. Omvandlingen har skett under bara ett par generationer och förmodligen snabbare här än i de flesta andra länder.

Svensk välfärdsolitik har inriktats på att höja levnadsnivån genom att skapa resurser för valmöjligheter. Till följd härav har svenskarna över tid också fått betydligt utökade valmöjligheter. Med större valfrihet antas välfärden också öka. Men man kan fråga sig om detta inte också har ett pris. Att människor brutit upp från tidigare sysselsättning samt kulturella och sociala miljöer har förvisso inneburit ökade valmöjligheter. Men det har också medfört att de tidigare banden med släkt och familj, arbetskamrater, bygd och kultur försvagats. Frågan är vad detta har inneburit för välfärden.

Den västtyske sociologen Ralf Dahrendorf har ställt frågor om välfärd på ett delvis nytt sätt. Han driver tesen att en människas värderingar och sociala förankring i sin omvärld varit lika viktiga för hennes välfärd som de ekonomiska valmöjligheterna. Enligt honom har människornas förankringar som viktig beståndsdel och grund för välfärden hittills uppmärksamats alldeles för lite inom såväl forskning som den politiska vardagen. Dahrendorfs synsätt har dock inspirerat några svenska samhällsforskare till boken *”Livschanser och välfärd – förankringar och valmöjligheter som välfärdens grund”*. (utkom 1987).

Tillgången till ökade valmöjligheter är enligt Dahrendorf inte tillräckligt, inte ens när de kan leda till materiella fördelar. Valen blir meningsfulla endast i förhållande till de sammanhang som individen befinner sig i. Förr var förankringarna i familjen, yrket, klassen, boendet, sedvänjorna, kyrkan och i förhållandet till godsherre eller brukspatron starka och levande. Många av banden och förankringarna var tvångsmässiga och kvävande, vilket i hög grad gällde för de utpräglade brukssamhällena utmed Sävås dalgång. Banden eller förankringarna gav dock mening och innehåll åt människorna, även om det inte alltid var i positiv bemärkelse. För ett sekel sedan var brukssamhällena och andra svenska samhällen platser med låg välfärd både i materiell mening och i termer av livschanser. Enligt Dahrendorf innebär förankring utan valmöjlighet slaveri, men valmöjlighet utan förankring saknar mening för människan.

I äldre samhällen fanns det gott om tvångsmässiga bindningar, men där fanns också mera av omsorgens och sammanhållningens band. På hundra år har många av dessa traditionella förankringar uppluckrats eller försvunnit. Så har familjen fått en annan roll än tidigare, klasstillhörigheten har luckrats upp, relationerna till myndigheter och arbetsgivare ändrats och kyrkans inflytande minskat.

Samtidigt har valmöjligheterna i den ekonomiska tillväxtens spår ökat starkt. Men har detta också lett till att livschanserna ökat i samma grad? Dahrendorf svarar nej på den frågan. De gamla förankringarna har nämligen inte ersatts av nya. Den högre levnadsstandarden har därför inte fått det värde och den mening den annars kunde ha fått.

Dahrendorfs synsätt innebär naturligtvis en tillspetsning och förenkling av komplicerade sammanhang. Men det är ett intressant betraktelsesätt och ett alternativ till välfärdsstudier, som i första hand ser på människan som en resursanvändande individ. Bakom Dahrendorfs synsätt står en människosyn, som betonar människan som en social varelse förankrad i sin sociala och kulturella omgivning.

Den norske författaren och läraren i själavård, Per Arne Dahl, berör delvis samma problematik i sin bok *”Varför har vi det inte bättre, när vi har det så bra”*. Han utgår visserligen från norska förhållanden, men de kan i lika hög grad appliceras på Sverige. Dahl konstaterar att trots att vi lever i ett av världens rikaste länder, är många ändå missnöjda med sina liv, och han ställer frågan: Vad är det som gör att så många känner tristess och missmod, och varför har vi det inte bättre när vi har det så bra?

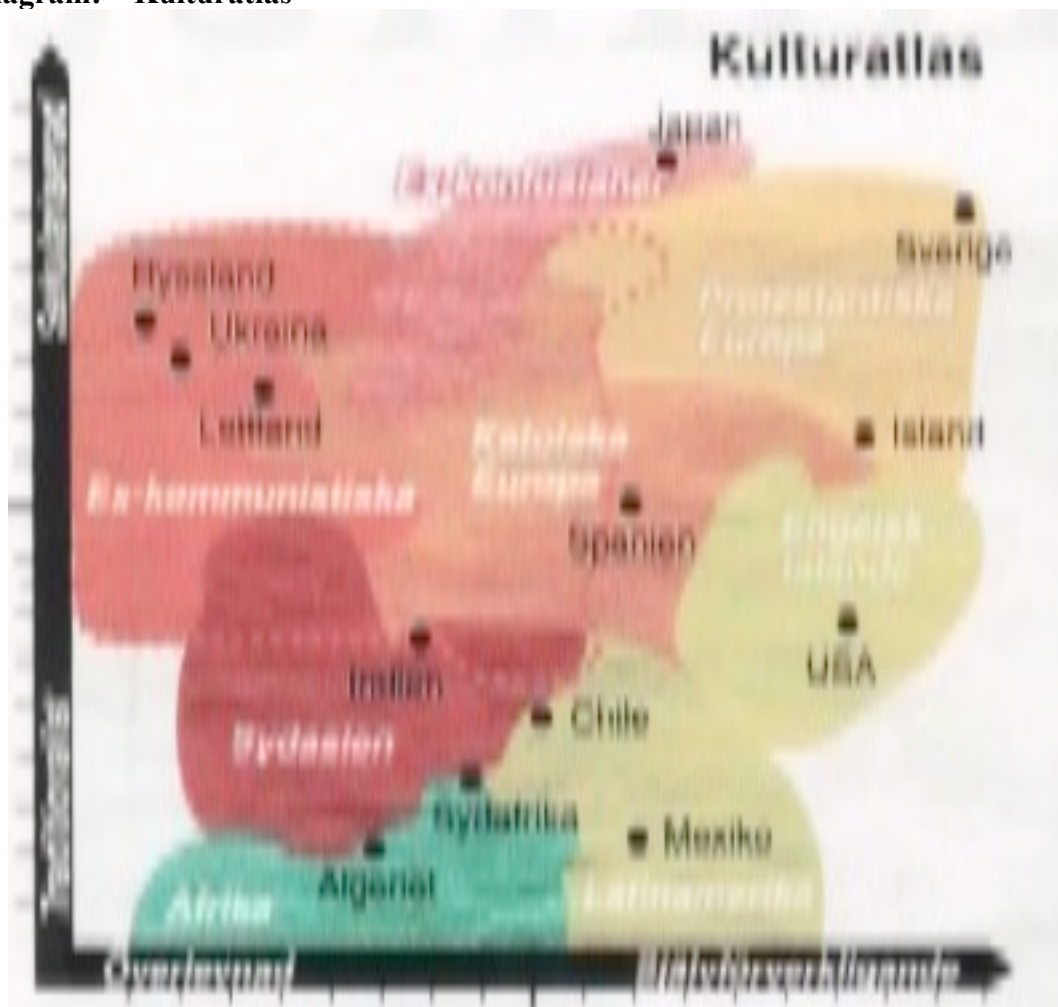
Hos Dahendorf och Dahl betonas behovet av förankringar, för att begrepp som välfärd och levnadsnivå skall bli mera allsidiga och fyllda med mening. Genom att gamla förankringar på bara några generationer upplösts eller försvunnit och inte alls i tillräcklig grad ersatts av nya, tycks många människor i dagens moderna samhälle uppleva en slags tomhet och vilshenhet. För att fylla detta tomrum skulle det behövas motvikter. En sådan motvikt skulle ett ankarfäste kunna vara. Bilden av ett ankarfäste kan tjäna till att illustrera människan i en liten båt till havs. Utan ankarfäste flyter hon hit och dit med vind och strömmar. Med ankarfäste måste hon

visserligen i viss mån följa vind och vågor, men förankringen ser till att hon inte far iväg hur som helst. I dagens samhälle med snabba omvandlingar är det förvisso av stor vikt att kunna anpassa sig, men då är det också viktigt att kunna ha någon fast punkt i tillvaron.

Förankringar kan inte skapas genom politiska åtgärder, men politikerna kan hindra eller underlätta att sociala band växer fram. Kanske är det så att ju fler djupa förankringar en människa har, desto större är sannolikheten till livschanser och positiva möjligheter till utveckling. Tryggheten blir större och livschanserna rikare, om människor har förankring av flera slag i familj, arbete, ideologi och etik, nätverk och grannskap.

Diagrammet nedan – i form av en kulturatlas – avser illustrera att ekonomisk utveckling påverkat värderingarna hos människor i olika länder. En grupp forskare bakom *World Values Survey* har funnit, att de avgörande skillnaderna mellan länderna hänger samman med ekonomisk utveckling. Diagrammets vågräta axel vill visa utvecklingen från länder i fattigdom (överlevnad) till rika länder (självförverkligande) och den lodräta axeln vägen från traditionella till moderna (sekulariserade) samhällen.

Diagram: Kulturatlas



För drygt hundra år sedan befann sig Sverige som ett fattigt land med traditionella värderingar nere i diagrammets vänstra hörn. Som nation har Sverige under bara några generationer sedan genomfört en mycket snabb "klassresa". Idag återfinner vi således vårt land som en rik och sekulariserad nation högst upp i det motsatta högra hörnet av diagrammet. Positionen där indikerar, att man i hög grad kan ägna sig åt frågor kring självförverkligande.

Diagrammet avser också att genom sin kulturatlas ge en internationell översikt av sambanden mellan ekonomisk utveckling och värderingar. I fattiga jordbruksländer i Afrika och Asien spelar familj, religion och andra traditionella värderingar fortfarande en viktig roll.

Länder som lämnat detta stadium – främst den rika västvärldens tjänste- och kunskapssamhällen – fokuserar idag i högre grad på frågor kring självförverkligande och livskvalitet. Men även inom västvärlden finns det klara nyansskillnader. Exempelvis visar diagrammet att den protestantiska och nordvästra delen av Europa framstår som mer sekulariserad och inriktad på självförverkligande än vad Sydeuropa gör. I USA tycks man i det närmaste lika mycket inriktad på självförverkligande som i Sverige. Det stora landet i väster, där religionen intar en mer framträdande roll, verkar däremot inte alls lika sekulariserat som Sverige.

Den dagsaktuella inställningen i några konkreta frågor kan också spegla skillnaderna i värderingar hos befolkningen i de olika länder som är markerade i diagrammet. När det gäller synen på invandrare och homosexuella visar Sverige den klart högsta toleransen, och länder som Algeriet och Indien den lägsta. I andra frågor, som synen på barnuppfostran och skilsmässa samt beträffande gudstjänstdeltagande, intar Sverige också något av en särställning. Påståendet att barn automatiskt skall lyda och respektera föräldrarna vill endast en ytterst liten minoritet av svenskarna skriva under på. En stor del av befolkningen i Mexiko, Algeriet och Indien bejaktar däremot påståendet. I Indien, Mexiko och Sydafrika är det många som ogillar skilsmässa, men i Sverige är det bara få. I Sverige och Ryssland är det ytterst få som besöker gudstjänsten varje vecka, medan cirka hälften av människorna i Mexiko, Sydafrika, Algeriet och USA gör det.

När man studerar diagrammet är det viktigt att ha i minnet, att det endast gör anspråk på att ge en grov och översiktlig bild av ett komplicerat skeende. Låt oss ändå ta till oss den översiktliga bilden och återknytta till Dahrendorfs tes om behovet av förankringar. Sveriges internationellt ytterst snabba ”klassresa” tycks ha medfört, att svenskarnas förankringar inte hunnit med eller i varje fall inte kunnat hålla jämna steg i den materiella standardökningen. Medan gamla värderingar och ankarfästen urholkats eller försvunnit, har relativismen som ledstjärna brett ut sig och vunnit terräng. Och det är naturligtvis inte bara av ondo. Problemet är att många människor här inte tycks hänga med i svängarna. Vilsenhet och osäkerhet tycks också vara vanliga företeelser i den svenska välfärden. Detta återspeglas bland annat i den växande omfattningen av den psykiska ohälsan, vilket närmare berörs i avsnittet om psykiatri.

Makroekonomin

En första globaliseringsvåg

För ekonomiska aktörer erbjuder den pågående globaliseringen både möjligheter och hot. Fenomenet är egentligen inte nytt. Framväxten av Atlantekonomin mellan Europa och Nordamerika under senare delen av 1800-talet och en bit in på 1900-talet kan betecknas som en form av tidig globalisering. Beteckningen brukades inte då, och företeelsen gällde då endast delar av världen. Den tidens förbättrade kommunikationer och infrastruktur åstadkom dock högst betydande strukturella förändringar på båda sidor Atlanten. Inte minst Sverige påverkades i hög grad.

Vid denna tid var Sverige ett agrarland med satsning på spannmålsproduktion. På grund av att billig spannmål från de nya produktionsområdena i Nordamerika översvämde Europa, drabbades Sverige och många andra länder i Europa av en jordbrukskris. En del länder – däribland Sverige – valde att möta krisen med att ställa om till animalieproduktion och drev därmed förädlingen ett steg vidare. På industrins område gjorde Sverige senare liknande insatser genom att gå från ett stadium av råvarubaserade bruksföretag till industrier med allt högre inslag av teknik och förädlingsvärde.

Viljan och förmågan att ta sig an och klara förändringar och omställningar gjorde att Sverige då kunde ta steget från ett fattigt land i Europas industriella periferi till en mogen industrination. En avgörande faktor bakom denna utveckling var höjningen av den allmänna utbildningsnivån, som gjorde det möjligt för arbetskraften att producera varor med större teknik- och kunskapsinnehåll. Man kan hävda att konkurrens- och omvandlingstrycket från den tidens globalisering i hög grad bidrog till att Sverige som nation bildligt talat tvingades lyfta sig själv i håret. Helt klart är att landet långsiktigt vann på de olika krafter som globaliseringen då genererade.

Pågående globalisering

Hur verkar då globaliseringen idag? Numera är globaliseringen långt mera världsomfattande än den partiella globalisering som uppträdde för cirka hundra år sedan. Förutom västländerna inklusive Japan har nu flera olika länder på allvar trätt in på den globala ekonomiska arenan. För några årtionden sedan var det de små skandinaviska länderna i Sydostasien och senare också begynnande ekonomiska stormakter som Kina och Indien. Även Ryssland och flera länder i Östeuropa har nu integrerats i den internationella ekonomin och omfattas av globaliseringen.

De snabbt förbättrade kommunikationerna av olika slag gör att avstånden känns allt mindre och världen krymper. I sin tur innebär det för dem som omfattas av dagens globalisering att förändringar och omställningar sker i ett allt snabbare tempo och i en stegrad skala. Det betyder också att både de möjligheter och hot som följer med globaliseringen blivit avsevärt större.

Vilka möjligheter erbjuder då globaliseringen? Med öppen konkurrens och frihandel kommer produktion till bästa pris och kvalitet att lokaliseras till de länder som är bäst kostnadseffektiva och konkurrenskraftiga. Ur konsumentens perspektiv innebär detta förstås en mycket betydande vinst. Snabbare och bättre kommunikationer möjliggör också resor och kontaktutbyte på ett helt annat sätt och i en helt annan omfattning än tidigare.

Hotbilden upplevs också som stark. En hel del löntagare kommer att ställas inför omställningsproblem då produktion och andra verksamheter läggs ner eller omlokaliseras till annat land. Åtminstone i en övergångsfas, som kan bli ganska lång, kommer många människor att komma i kläm. I etablerade västländer talas nu om globaliseringens offer genom att jobben försvinner till lågkostnadsländer. Röster höjs också för att "förlorarna skall skyddas" och protektionism i olika former förs in som stötdämpare i globaliseringens omvandlingstryck. En annan sak är att många protektionistiska inslag inte inneburit någon långsiktig lösning.

Nackdelen med snabbare och friare kommunikationer i globaliseringens tidevarv är ökade flöden av narkotika och andra droger, och växande risk för spridning av sjukdomar och epidemier. Den internationella terrorismen och kriminaliteten får också lättare att slå till var som helst och snabbt förflytta sig över gränserna.

För Sveriges del har det tidiga 2000-talet inneburit förbättrad tillväxt. Under 2001 ökade BNP således med endast en procent, medan ökningstakten 2004-05 uppgick till något mer än tre procent. Som effekt av den ekonomiska tillväxten ökade paradoxalt nog inte sysselsättningen. Den totala arbetslösheten steg tvärtom från 7 procent 2001 till 9 procent 2005. Fenomenet har fått beteckningen "jobless growth". Tillväxten i ekonomin har snarast varit ett resultat av att arbetslivet effektiviserats och rationaliserats utan mycket nyanställningar. Det ökade trycket från utländsk konkurrens har under det senaste årtiondet för Sveriges del inneburit en kraftig produktivitetsförbättring genom att varje arbetstimme kunnat utnyttjas mera effektivt. Samtidigt har Sverige däremot varit sämre än andra länder i västvärlden när det gäller att skapa nya arbeten, särskilt inom tjänstesektorn.

Ekonomisk utveckling

Den svenska ekonomin kunde efter finans- och fastighetskrisen i början av 1990-talet gradvis stärkas under resten av årtiondet. Parallellt med detta skedde åtstramningar inom betydande delar av den offentliga sektorn.

Omedelbart efter millennieskiftet 2000 fick världsekonomin – och inte minst Sverige – känning av IT-bubblan. Redan efter något år hade man emellertid kommit över dessa sviter, och världsekonomin kunde stabiliseras.

Stimulerande faktorer för den globala ekonomin åren efter 2000 har varit en överlag låg inflation och ränta. Den ekonomiska tillväxten har varit särskilt hög i länder som Kina och Indien. Tyngdpunkten i det världsekonomiska skeendet har under lång tid legat i länderna i västvärlden. På senaste tid har emellertid framför allt de folkrika länderna Kina och Indien med sina snabbt växande ekonomier utvecklats till ekonomiska stormakter. De har därmed också blivit betydelsefulla aktörer i den globala ekonomin. För världsekonomin har det varit viktigt att ekonomiska framsteg kunnat få en större geografisk spridning utanför de tidigare etablerade ländernas krets. I ett globalt perspektiv har det gett bättre balans och ökad stabilitet.

Gentemot denna positiva beskrivning av världsekonomiska fundamenta kan man även visa på några möjliga hotbilder. Terrorhandlingar, som tidigare främst var lokala och regionala

fenomen, tycks idag fått en världsomspännande omfattning. Terrorismens syfte är nu bl. a. att åstadkomma allvarliga störningar i makroekonomin.

En annan konflikthärd, som har såväl politiska som ekonomiska laddningar, är situationen i Mellanöstern och dess närområde. Där har konflikter av tradition lätt att blossa upp, som kan ge allvarliga konsekvenser för världsekonomin. Då en stor del av världens olja produceras i detta område, kan oljevapnet lätt användas både för politiska och ekonomiska syften.

Ett påtagligt drag i den senaste ekonomiska utvecklingen är den allt tydligare internationaliseringen, som tagit sig olika uttryck. Transportkostnaderna har nu pressats så kraftigt att råvarornas belägenhet inte längre är särskilt avgörande för industriföretagens lokalisering. Datoriseringen och informationsteknikens framväxt har förstärkt internationaliseringen. Snabbare kommunikationer har skapat en krympande värld. Globalisering har blivit ett samlande uttryck för dessa företeelser.

Blandekonomi

Den form av blandekonomi som tillämpats i Sverige har ibland beskrivits som ”den gyllene medelvägen”. Genom att försiktigt kryssa sig fram har landet försökt balansera mellan marknad och stat, mellan kapitalism och socialism. När det gäller förhållandet till globaliseringen pläderar Sverige klart för frihandel i princip. Samtidigt byggs protektionistiska inslag in för att mildra stötarna vid omstruktureringar. Kursen kan här framstå som oklar och svajig. I en ledare från Aftonbladet (s) den 17 april 2006 tvivlar skribenten på den socialdemokratiska regeringens program inför 2000-talet och ställer frågan: ” Hur skall vi klara oss i den globala konkurrensen där de nya tigerekonomierna och ekonomiska stormakterna producerar flera miljoner högutbildade varje år? Hur skall vi klara omsorgen om de gamla?”

Skattesystemet och hälso- och sjukvården

Som tidigare framgått är Sverige känt som landet med den höga skattekvoten. Under 2005 inbetalades 1 500 miljarder kronor i olika skatter. Av dessa kom cirka 35 procent från arbetsgivarnas socialavgifter, ungefär lika mycket från inkomsttagarnas skattebetalningar och cirka 25 procent från moms och olika slags varuskatter.

Största delen av de totala skatterna gick till socialförsäkringssystemet såsom pensioner, sjukpenning, olika bidrag och arbetslöshetsersättningar. Hit gick cirka 43 procent av de samlade skatteintäkterna. I övrigt användes skatterna främst till utbildning och sjukvård, som vardera förbrukade 13-14 procent av totalbeloppet. Sjukvårdens skattefinansiering omfattade allt från utgifter för folkhälsan, öppenvård, läkemedel och tandvård till medicinsk apparatur och högteknologisk specialistvård.

Då den offentliga sektorn på allvar växte ut under rekordåren fram till början av 1970-talet var hälso- och sjukvården en viktig del av välfärdsbygget. Tanken var att alla skulle ha tillgång till god vård oberoende av var man bodde eller vem man var. Genom kraftigt försämrad ekonomisk tillväxt under resten av 1970-talet sviktade skatteunderlaget och därmed inkomsterna för landstingen som huvudmän för sjukhusen. Lösningen på krisläget blev fortsatt ökade skatter.

Skattesatserna i Sverige har ju påtagligt ökat under efterkrigstiden. Omkring 1980 hade skattekvoten i Sverige stigit till något över 50 procent. Den definieras som skatternas förhållande till landets BNP. Det betyder att drygt hälften av landets hela produktion av varor och tjänster då gick in i skattesystemet. Efter 1980 har skattekvoten i Sverige fram till idag i stort sett legat kvar på lite drygt 50 procent. Globalt sett ligger Sverige här i topp. Men man bör då beakta att en del av våra sociala ersättningar beskattas, vilket innebär att skatteandelen hos oss vid internationell jämförelse tenderar att i någon mån överskattas. Som jämförelse kan nämnas att skattekvoten i de flesta europeiska länder nu ligger kring 40 procent.

En liknande utveckling kan iaktas beträffande kommunalskatterna i Sverige. Mellan 1960 och 1980 fördubblades skattesatsen i medeltal för alla kommuner från 15 till 30 procent. Därefter har den i stort sett planat ut och uppgår idag i genomsnitt till lite drygt 30 procent. Skatternas andel av samhällsekonomin har under de senaste 25 åren således i stort legat på oförändrad nivå, vare sig det gäller det samlade skatteuttaget – skattekvoten – eller kommunalskatterna.

Efter 1980 har sjukvården tvingats arbeta under en oförändrad resursandel från samhällsekonomin. Mot detta skall ställas att antalet patienter under samma tid ökat, och att andelen svenskar över 80 år vuxit kraftigt. Personer äldre än 80 år uppgick år 2000 till fem procent. Den faktorn är av stor vikt, eftersom denna del av befolkningen är mycket vårdkrävande. Över huvudtaget är anspråken på sjukvård mycket ojämnt fördelade. Exempelvis förbrukar 20 procent av patienterna drygt 80 procent av sjukvårdens resurser.

Den förda politiken har onekligen medfört att stora delar av den kommunala vården hamnat i en rävsax. Samtidigt som regeringen överförde nya områden inom vården till kommunerna, infördes ett kommunalt skattestopp. Det innebar att kommunerna måste finansiera nya vårduppgifter utan nytillskott av medel. Kommunernas hårda verklighet blev att de inte kunde tillhandahålla all den vård som påbjöds uppifrån. Trots att andelen äldre växte, kunde exempelvis antalet platser på ålderdomshem och servicehus inte utökas. Samtidigt som vårdbehovet ökade, minskade alltså det samhälleliga utbudet av vård.

Den på senare år förbättrade ekonomiska satsen medförde att kommuner och landsting kunde repa sig efter 1990-talets hårda saneringsår. Genomsnittet av Sveriges kommuner och landsting kunde därför redovisa plus under 2005. Det betyder att regeringen under senaste år blivit bättre på att följa finansieringsprincipen att tillhandahålla pengar när nya arbetsuppgifter lagts ut på kommuner och landsting.

Sjukvårdens industrialisering

Under 1990-talet ändrades ansvarsgränserna inom hälso- och sjukvården. Omsorgsverksamheten – såsom åldringsvård, rehabilitering samt vården av handikappade och psykiskt sjuka – lyftes bort från landstingen och fördes över till kommunerna. Sverige fick då två organisatoriskt åtskilda vårdsektorer. Den ena sektorn i landstingets regi inriktades på medicinsk behandling, medan den andra organiserades av kommunerna och omfattade omsorg och social service.

Genom dessa omorganisationer renodlades verksamheterna, och vid sjukhusen kunde specialiseringen drivas ännu längre. Större sjukhus arbetade med stordrift, specialisering och arbetsfördelning mellan de olika sjukhusen. Industrisystemets arbetsdelning genomfördes även inom sjukvården. Avdelningar för patienter med liknande sjukdomar byggdes upp, vilket för tanken till patientvård på löpande band. En lösning på sjukhusens kostnadsproblem var också att man kraftigt kortade ner vårdtiderna. De mest arbetsintensiva delarna av sjukvården minskade sin vårdtid med i genomsnitt 90 procent mellan 1980 och 2000.

Finansieringen av den öppna vården

Fram till 1963 var den öppna vården utanför sjukhusen till stor del finansierad av staten. Det fanns en privat sektor som finansierades av försäkringskassor och enskildas arvoden. Men även kommuner, städer och landsting bidrog till finansieringen framför allt av sjuksköterskor och barnmorskor. Sjukhusläkarna fick ha öppna mottagningar på sjukhusen där landstinget stod för kringresurserna men patienterna för arvodet. Provinsiälläkaren fick fram till 1963, då landstingen tog över huvudmannaskapet, en fast årlig lön från staten/Medicinalstyrelsen för sina skyldigheter i distriktet och för att hålla en av staten fastställd taxa för sina tjänster till patienterna. Patientavgifterna skulle också finansiera omkostnaderna för mottagningen. För att rekrytera provinsiälläkare subventionerade kommunerna dock ofta mottagningslokaler och läkarbostad. Provinsiälläkarföreningen som yrkesförening i Läkarförbundet förhandlade med staten om taxorna. På föreningens årsmöten var taxorna en stående och brännande fråga, då man ofta ansåg sig för dåligt ersatta för det dygnet om slit och bundenheten som provinsiälläkartjänsten innebar. 1960 var den fasta årslönen 17 000 kronor, den rörliga delen patientarvodena, fyra kronor per konsultation, varierade stort beroende på läkar-distriktets storlek och belägenhet i riket.

Sjukhusläkarna ökade starkt i antal och hade betydligt bättre resurser än provinsiälläkarna. Patienterna drogs allt mer till sjukhusen vilket bidrog till sämre förhållanden för provinsiälläkarna. Staten blev samtidigt allt mer ointresserad av sitt huvudmannaskap. Vakanserna ökade. Mot denna bakgrund fick landstingen ta över huvudmannaskapet med mål bl.

a. att öka kvaliteten i provinsialläkarorganisationen och jämställa läkarkollektivens förutsättningar att betjäna allmänheten helst så att strömmen vändes åter mot den öppna vården utanför sjukhusen. För den enskilde patienten var ersättningssystemet tämligen besvärligt. Man betalade till läkaren med olika taxor för olika läkare och var sedan tvungen att gå till sin försäkringskassa för att få en viss återbäring av kostnaden.

Den ultimata lösningen kom 1970 i och med den s. k. sjukvårdsreformen.

För patienten innebar det en enhetlig arvodessumma på sju kronor till landstingsanställda läkare på eller utanför sjukhusen. Försäkringskassan och landstinget gjorde upp om fördelningen av de övriga kostnaderna. Politiskt var det en god sak att ”ge” invånarna en billig sjukvård. Arvodet hos provinsialläkarna hade sedan 1963 stigit till 25 kronor per besök. Men med facit i hand höll inte den låga taxan på sikt. År 2000 var kostnaden för ett besök hos distriktsläkare 150 kronor och hos specialist 200 kronor.

För läkarkollektivet innebar reformen att alla läkare skulle ha en totallön för en reglerad arbetstid (42,5 timmar/vecka). Det blev en väldig turbulens i leden. Många skulle få betydligt reducerade inkomster, privatmottagningarna på sjukhusen försvann t.ex. Efter svåra förhandlingar där arbetsgivaren inte gav sig en tum genomfördes reformen. För provinsialläkarna var situationen bättre. I stort sett tjänade man ekonomiskt på reformen samtidigt som man fick drägligare arbetsvillkor. Lönen styrdes inte längre av prestationer i form av patientbesök. Styrmedlen blev målformuleringar och solidaritet mot arbetsgivare, vårdteam och patienter. Det innebar i sig stora förändringar av verksamheten på gott och ont.

Befolkningen och hälso- och sjukvården

Befolkningsutveckling

För något mer än hundra år sedan bodde den helt dominerande delen av svenskarna på landsbygden och var direkt eller indirekt beroende av vad som hände i jordbruket. Trots den omfattande emigration till Amerika kunde befolkningen långsiktigt öka i antal. Förbättrat hälsoläge och minskad dödlighet gjorde att fler kunde överleva.

Genom industrialiseringen och järnvägsbyggandet växte efterhand städer och tätorter fram. Dessa drog till sig allt större människoskargar. Under efterkrigstiden har den ökande bilismen och inte minst förortssamhällena i storstadsområdena – där Lerum är ett talande exempel – ytterligare förstärkt avfolkningen från landsbygden. Idag bor således de allra flesta svenskar i städer eller tätorter och endast en liten minoritet på ren landsbygd.

Om Sverige för hundra år sedan och många år därefter hade en betydande nettoutvandring, har vårt land under efterkrigstiden utvecklats till en nation med nettoinvandring. Årtiondena närmast efter andra världskriget präglades främst av arbetskraftsinvandring, medan flyktinginvandringen dominerat från 1970-talet. Etniskt sett hade Sverige länge en enhetlig befolkning med relativt få invandrare. Visserligen kom också i ett tidigare skede invandrare till Sverige från olika europeiska länder – och de fick på vissa områden ett betydande inflytande på vårt lands utveckling – men de var trots allt få till antalet. Idag utgör invandrarna en relativt stor andel av landets befolkning. Genom att många invandrare nu även kommit från utomeuropeiska länder, har vårt land fått en mera multietnisk och multikulturell karaktär.

Som tidigare framgått började medellivslängden för svenskarna att öka från mitten av 1800-talet. Bättre levnadsstandard på olika områden ledde långsiktigt till att hälsotillståndet förstärktes och att medellivslängden fortsatte att öka.

Numera är medellivslängden i Sverige närmare 80 år. För kvinnor ligger den något år över åttio och för män några år under. Det betyder att Sverige har Europas äldsta befolkning. Idag finns det 1,5 miljoner pensionärer – 65 år och äldre – vilket motsvarar drygt 16 procent av den totala folkmängden. Inom den närmaste tioårsperioden räknar man med att antalet ålderspensionärer i landet kommer att öka med cirka 325 000 personer.

I demografiskt hänseende avviker Lerum i viss mån från landet i dess helhet. Som ett förortssamhälle med stor andel barnfamiljer och unga människor har andelen pensionärer av tradition varit lägre i Lerum än i Sverige. Men även i Lerum märks en klar tendens till en

åldrande befolkning. År 1997 var andelen pensionärer 12 procent, men 2005 hade den stigit till 14 procent. I totala siffror hade antalet pensionärer under dessa nio år ökat med mer än tusen.

Lerums hela folkmängd uppgick år 1997 till cirka 34 800 för att år 2005 omfatta cirka 36 500, dvs en ökning med 1 700 personer. Det innebär en måttlig ökning på cirka fem procent mellan dessa år. Om man i stället fokuserar på utvecklingen för de äldsta delarna av befolkningen, finner man en klart större ökningstakt. Personer 75 år och däröver ökade nämligen samtidigt med 24 procent, och de som var 85 år och äldre med hela 36 procent. Uttryckt som andel av totalbefolkningen kan dessa åldersgrupper kanske inte verka så kvantitativt framträdande. Åldringarna 75 år och däröver ökade sin andel från fem till sex procent, medan andelen för dem som är 85 år och äldre steg från 1,2 till 1,6 procent. Räknar man i absoluta tal blir dock bilden och problematiken uppenbar. Antalet personer 75 år och äldre blev under ovannämnda nioårsperiod 420 fler, medan de som var 85 år och äldre ökade med 160. År 2005 fanns det alltså 2 180 personer som var 75 år och äldre och 590 personer som var 85 år och däröver. Det är här fråga om människor med generellt stort omsorgsbehov.

Sedan ansvaret för äldreomsorgen helt hamnat hos kommunerna ser många av dessa nu sig om efter nya lösningar för den kostsamma äldreomsorgen. Allt fler kommuner väljer att helt eller delvis konkurransutsätta äldreomsorgen. Idag är den privata andelen uppe i 10 procent av den totala verksamheten och tendensen är växande. Medan debatten om privatiserad sjukvård verkar fortsatt politiskt hård, tycks kommunpolitikerna ha en mer pragmatisk syn på konkurransutsatt och privat äldreomsorg.

Mötet med vården

På 1800-talet inskränkte sig kontakten mellan den vanliga befolkningen och läkare till hembesök i samband med farsoter, när förlossningar inte klarats av barnmorskan, när huskurer och kloka gummor/gubbar inte hjälpt och patienten var i det närmaste döende. Provinsialläkaren var en myndighetsperson i likhet med prästen. Fastän medicinen inte hade så mycket att bjuda förrän i mitten av 1900-talet var tron på läkaren stor om än något kliven. Några Albert Engström historier kan belysa dåtidens syn på läkaren:

Läkaren (till patienten): Mot den här sjukdomen finns det bara två medel och dom hjälper inte. Men jag känner till en gammal huskur som har visat sig mycket verksam vid ett liknande fall.

Gubben Göran ligger på sitt yttersta och man har i sista ögonblicket skickat efter doktorn. När doktorn kommer in och får se Göran utbrister han: - Gubben är ju redan död. Men då svarar Göran med darrande stämma: - Näe, som väl e så lever ja än! Men detta tal föll inte Inga-Maria, Görans hustru, i smaken utan hon sade: - Töst. Du Göran lelle, då vet la doktorn bättre än du!

Johanna, sängliggande sjuk på ålderdomshemmet: - Å ja min stackare som får ligga här å inte få dö. När Krestina va sjuker så fick ho läkare å feck dö, men ja min stackare får ingen läkare å får leva.

Men tiderna och vetenskapen gick framåt. Provinsialläkaren blev allt mer folknära och med mer resurser och kunskap. Ofta hade provinsialläkarna lång sjukhustjänstgöring innan de fick tjänst i något av de då fåtaliga distrikten. Distrikten var stora och tillgängligheten därmed låg. Kommunerna begärde alltmer att få bli egna läkare för tillgänglighetens skull. Det blev en hel del extra provinsialläkartjänster på detta sätt.

Provinsialläkaren hade oftast gott anseende i bygden och folk respekterade hans arbetssituation. De störde sällan utan att behovet av hjälp var stort och sällan på nätterna. Detta gjorde att arbetet blev uthärdligt trots att provinsialläkaren var i tjänst dygnet om i princip alltid utom vid semestern. Lerum fick sin provinsialläkare först 1944, då Thore Nyman tillträdde den då inrättade extra provinsialläkartjänsten. Han var av den äldre skolan och ställde upp för sin befolkning i alla lägen och blev mycket omtyckt.

Landstinget tog över provinsialläkarväsendet 1963 och mottagningarna rustades upp. De som sökte provinsialläkaren var nöjda men många sökte direkt på lasaretten, som hade större resurser. Provinsialläkarens status föll både bland befolkning och kollegor på lasaretten.. Dock

var han fortfarande en tillgång med närservice även på obekvämtid. Han fick duga när professorn eller docenten i Göteborg inte tog emot eller när man ville ha remiss till sjukhuset. Det var en frustrerande roll ibland att känna att man inte dög när sjukhuset hägrade.

Så kom sjukvårdsreformen 1970 med sina följdverkningar. För läkarna betydde det reglerad arbetstid från kanske 60 timmars arbetsvecka till 42,5. För befolkningen innebar det en betydande sänkning av tillgänglighet till vården och dess service. På obekvämtid” hänvisades man till en anonym doktor på en jourcentral många mil från hemorten. På mottagningarna räckte inte läkarresurserna till. Det blev köer. Folk klagade. Den nya primärvården kunde inte ställa upp mot befolkningens krav trots att kvaliteten på mottagningarna ökat. För att hjälpligt lösa problematiken och få ordning på köerna tillkom ”lerumsmodellen”. Sjuksköterskor blev patientrådgivare och patienterna prioriteras med hänsyn till sina sjukvårdsbehov. Hög telefontillgänglighet blev ett övergripande mål. Arbetet på vårdcentralerna blev teamarbete, vilket var till patientens fördel. I slutet av 1970-talet visade enkäter att befolkningen i stort sett var mycket nöjda med sin primärvård även om tillgängligheten p.g.a. resursbrist inte var helt tillfredsställd. Samarbetet inom läkarområdet ökade med bättre kontakter med kommunala instanser och försäkringskassa samtidigt som kontakterna med sjukhusen ökade. Ett flertal samarbetsprojekt startades till förmån för handläggningen av patienternas problem. Kvalitetshöjningen fortsatte under 1980-talet med allt bättre utbildad personal och välutrustade vårdcentraler och nya vårdcentraler som betjänade delar av kommunerna om de var större än 10 000 invånare.

Men kontinuitet och tillgänglighet var stående problem. Lösningar försöktes i form av husläkarsatsningar, som innebar att alla skulle få sin egen läkare. Detta fungerade inte p.g.a. för få läkare. Läkarna hade också många andra aktiviteter än rent patientarbete.

Antalet besök hos läkare ökade inte trots ökat antal läkare. Detta berodde delvis på ett allt tyngre patientklientel. Sjukhusen avlastade sig många sjukdomsgrupper som p.g.a. medicinens utveckling kunde skötas utanför sjukhuset, som hjärt- och kärlsjukdomar, sockersjuka, äldre med många sjukdomar. Läkarbesöket tog nu kanske en timma i istället för tidigare 20 minuter. Bra för den enskilde patienten men inte bra för befolkningens tillgänglighet till vård.

Under 1990-talet tillkom att patienterna blev allt mer kunniga och medvetna om sina sjukdomar. Vid sekelskiftet hade många tillgång till internet med all den information som fanns där.

En annan tendens var att läkar/patientmötet (konsultationen) ändrat karaktär. Från att tidigare varit läkarstyrt blev det mer patientstyrt. Läkarna skulle inte ställa ”ledande” frågor utan öppna sådana. Detta tog också mera tid även om det var bra och positivt. Läkarnas roll blev mer att vara en specialkunnig rådgivare till patienten, som själv fick besluta om den behandling som kunde bjudas.

Vad vi sett är en stor förändring av både patient- och läkarroll de senaste decennierna. Kvaliteten i vården har ökat men tillgängligheten har inte kunnat följa med p.g.a. ändrat arbetssätt och därigenom en funktionell ”läkarbrist”.

Mer om tillgänglighet, kontinuitet och befolkningsansvar

Men kontinuitet och tillgänglighet var stående problem. Lösningar försöktes i form av husläkarsatsningar, som innebar att alla skulle få sin egen läkare. Detta fungerade inte p.g.a. för få läkare. Läkarna hade också många andra aktiviteter än rent patientarbete. I Lerum gick man aldrig från befolkningsansvaret trots att politikernas budskap var ”sök var och vem Du vill”. Man bibehöll vårdlagsmodellen med ansvar för vårdinsatser inom olika delar av kommunen. Men med en flexiblare möjlighet för den enskilde att välja läkare. Så hade det i praktiken alltid varit även om de flesta i befolkningen föredrog närheten till sin vårdcentral före att söka andra vårdcentralers läkare. Man hade god möjlighet att få komma åter till ”sin” läkare även i detta system. Allt beror på planeringen av mottagningen och ledningens inställning till service.

Telefontillgängligheten klagas det ofta på i insändare i tidningarna. Då vårdcentralerna i regionen ibland allt mer skyddat sig mot störningar av telefonkontakter har man velat satsa på central sjukvårdsupplysning. Så hade vi det i Borås i slutet av 1970-talet och framåt när vårdcentralernas resurser var otillfredsställande. Det blev många samtal som aldrig blev

besvarade – trycket blev för stort. I Göteborg har man också haft en central sjukvårdsupplysning sedan 1970-talet, kopplad till möjlighet att ta emot akuta besök

Vid en internutredning år 2005 konstaterades att endast var tionde som ringer får svar av sjukvårdsupplysningsfunktionen i Västra Götaland (GP 24 april 2006). I Göteborg var läget allvarligast med lägst bemanning per invånare.. Bakom varje besvarat samtal var det 6,5 uppringningar. Södra Älvsborg har en sjukvårdsupplysning med 95 872 samtal årligen och 15,75 tjänster.

Om man skall klara riksnormen att 90% av samtalen skall besvaras inom tre minuter behöver verksamheten byggas ut för cirka 20 miljoner kronor och merparten av detta med satsning i Göteborg. Sjukvårdsutskottet beslutade. Man diskuterade också en anslutning till det nationella 1177-numret. Detta förslag ville inte politikerna i sjukvårdsutskottet anta. Istället beslöt man omgående att satsa minst fem miljoner på utbyggnaden av sjukvårdsupplysningen i Göteborg.

Man kan fråga sig om det inte för befolkningen vore bättre att de enskilda vårdcentralerna tog ett större ansvar för telefontillgängligheten. Det gick förr och borde gå nu med de ökade resurser vårdcentralerna fått.

En organisation ständigt i förändring

Vi har konstaterat att *vårdorganisationen under 1990-talet decentraliserats* genom att verksamheter förts över från staten till landsting och från landsting till kommuner genom huvudmannaskapsreformer. Genom den s.k. Ädelreformen år 1992 fick kommunerna huvudansvaret för vården och omsorgen om äldre. Handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995 medförde också betydligt utökat kommunalt ansvar. I och med läkemedelsreformen år 1997 fick landstingen ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård.

I landstinget och regionen var tendensen den samma, att decentralisera. Man kom så långt att Lerums primärvård fick en egen politisk och administrativ ledning. På vårdcentralen fick man i den modellen delegerat ansvar både för drift och ekonomi. Enligt alla inblandade var det en period då primärvården i Lerum fungerade som bäst och då alla var nöjda med organisationen. Men de centrala politikerna och tjänstemännen verkade känna att de tappat styrförmågan. Åter centraliserades ledningen, först till Mittenälvsborg sedan till Borås. Ett litet försök gjordes att samordna lasarett och primärvård i Mittenälvsborg, men det blev kort. Så var läget vid sekelskiftet.

Regionfullmäktige beslutade 4 april 2006 att från den 1 januari 2007 upphör de dittills varande primär- och tandvårdstyrelserna för att ersättas av fem primärvårdsstyrelser i regionen. De kommer att finnas i Skaraborg, Södra Älvsborg, Fyrbodal, Göteborg och Södra/Mellersta Bohuslän. Tandvården kommer att ha en egen styrelse med säte i Skövde. För primärvården knyts en förvaltningsledning till varje primärvårdsstyrelse. Det kommer att vara utrymme för förvaltningscheferna att själva forma sina förvaltningar. Några av villkoren för den nya strukturen är effektiva beslutsvägar, nära till beslut och fokus på verksamhetsnivå. Det föreslås två nivåer, nämligen verksamhetsnivå och förvaltningsnivå. Mellan dessa nivåer kan, beroende på förutsättningarna, en områdesnivå organiseras.

Hur vill befolkningen att primärvården organiseras?

En studie kring detta har gjorts av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE e-rapport 2006:1, www.ihe.se). Man fick bland annat ta ställning till om man föredrar en egen fast läkare eller ett eget fast sjukvårdsteam. Knappt 40 % angav att man föredrar en egen fast läkarkontakt men nästan lika stor andel 38% angav att man inte vill ha någon fast kontakt. Resterande svarade ej på frågan. Det var äldre och individer med dålig hälsa som föredrar att lista sig hos egen allmänläkare. Förvärvsaktiva och individer som bor längre från ett sjukhus föredrar att lista sig hos ett sjukvårdsteam. Man noterade också att det som värderas högst var kort väntetid (tillgänglighet) och möjlighet till inflytande över den vård man får.

Sjukvårdspolitiken

Som vi konstaterat i del 1 och 2 har politikernas syn på primärvårdens utveckling varierat med den majoritet som haft regeringsmakten. Alla riksdagspartier är överens om att vi ska ha en solidariskt finansierad sjukvård, att det är viktigt med god tillgänglighet och hög kvalitet. Man är också överens om att det finns brister i vården av de allra mest behövande, de äldre multisjuka, de psykiskt sjuka och de funktionshindrade. I stort sett har man också varit överens om att satsa på den öppna vården utanför sjukhusen. I praktiken har satsningarna inte alltid genomförts utan procentuellt har lika mycket resurser satsats på sjukhusvården, vilket i realiteten innebar en större satsning där..

De två politiska blocken har en principiellt olika syn på organisationen av den öppna vården. Det ”socialistiska blocket” vill satsa inom ramarna för primärvårdens organisation med begränsningar i privata initiativ och med landstingens bevarande. Det ”borgerliga blocket” vill ta bort landstingen och överföra den öppna vården till primärkommunens ansvarsområde, tillåta fler privata alternativ. En ansvarsutredning pågår som skall ta upp landstingens vara eller inte vara. Läkarbristen ska avhjälpas med arbetskraftsinvandring och med fler platser på läkarutbildningen. Man ska också kunna arbeta till 72 års ålder. Den borgerliga alliansen vill generellt satsa mer pengar på forskning. Patientnära forskning i primärvården är ett exempel. Fyra nyanser av blått

Inför riksdagsvalet 2006 har Läkartidningen genomfört en valbevakning med genomgång av skillnader och likheter i de olika partiernas sjukvårdspolitik. Härur hämtas med fokus på öppenvården:

Det borgerliga samarbetet Allians för Sverige innefattar de fyra borgerliga riksdagspartierna: moderaterna (M), folkpartiet (Fp), centerpartiet (C) och kristdemokraterna (Kd).

Alliansen har bl.a. följande förslag till reformering av vården att:

- Införa en ny patienträttighetslag.
- Ge patienten rätt att välja såväl läkare/vårdgivare, vårdenhet som tidpunkt för behandling.
- Förebyggande åtgärder som rökavvänjning ska ingå i vårdgarantin.
- Lagfäst rätt till rehabilitering. En rehabiliteringsutredning ska alltid påbörjas inom fyra veckor efter sjukskrivningen.
- Minska administrativa arbetet för läkare och sjuksköterskor och öka patienttiden.
- Uppmuntra avknoppning av verksamhet för personal genom att bl.a. erbjuda stöd att förbereda på arbetstid.
- Införa en flexibel finansiell samordning som kan anpassas efter lokala förhållanden.

De respektive partierna skiljer sig åt i vissa frågor.

Centern vill lyfta fram frågor om det förebyggande arbetet och folkhälsoarbetet.

Folkpartiet trycker mer på äldrevården. Man är också för ett nationellt familjeläkarsystem.

De övriga anser att det visserligen är bra med en fast läkarkontakt men hur primärvården organiseras är upp till de enskilda huvudmännen.

Kd trycker extra på vikten av att värna om dem som inte har så starka röster. De multisjuka borde vara VIP-kunder i vården.

Arbetsmiljön och arbetsättet

I och med vårdteamens uppkomst när vårdcentralerna kom till på 1970-talet blev det stora förändringar i arbetssätt och arbetsmiljö både för läkare, distriktssköterskor och barnmorskor. Att anpassa sig till det nya arbetssättet var svårt för de äldre. Det var heta diskussioner i provinsialläkarföreningen på 1960-talet kring de stora förändringarna som pågick. Ett fåtal provinsialläkare kunde, med hjälp av övergångsbestämmelser, redan 1963 kvarstå i statlig tjänst och på sina enläkarmottagningar. Den första vårdcentralen i Lerum, Brobacken, byggdes också så att de tre provinsialläkarna fick var sin ”enhet” med expedition och två undersökningsrum avskilda från gemensamhetsutrymmena, väntrum, reception och laboratorium och gemensamt behandlings-/operationsrum. I de senare planerade vårdcentralerna, som i Floda och Gråbo, byggde man för gemensamma undersöknings- och behandlingsrum. Distriktssköterskor och

barnmorskor med BVC och MVC blev också mer integrerade i vårdcentralen bl. a. genom att man fick gemensamt fikarum och konferensutrymmen.

Den s.k. lerumsmodellen innebar mycket administration och planering kring patientbesöken och rådgivning per telefon. Detta fick sjuksköterskorna i sina arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna kom på det sättet att få ”makt” över läkarnas arbetstid. Den styrningen upplevdes inte positivt av läkarna och gav upphov till en hel del irritation hos bägge parter. På de stora vårdcentralerna, som den nya i Lerum 1983, tillkom fler enheter på vårdcentralen som sjukgymnastik, arbetsterapi och barnläkare samt konsulter av olika slag. Det innebar att man fick ha en samlande administrativ kraft i form av en vårdcentralsföreståndare. Kvar hade man länge en av läkarna som vårdcentralchef, men även denna funktion togs på många vårdcentraler över av sjuksköterska. Läkarna hade så avhållit sig ”makten” även över vårdteamet. Men samtidigt hade man återtagit möjligheten att själv få bestämma över sin arbetstid och sina patienter. Detta möjliggjordes genom datoriseringen på 1990-talet och husläkardiskussionen med närmare koppling mellan läkare och patient. Man upptäckte samtidigt fördelarna med teamarbetet och möjlighet att delegera specialuppgifter till andra personalkategorier. Så uppkom t. ex. diabetes- och hypertoniomottagningar där sjuksköterskan hade en viktig roll. Sjuksköterskor fick specialutbildning för detta och kvaliteten i vården kunde höjas. Det innebar också att dessa patientgrupper togs över av primärvården från sjukhuset i allt större omfattning.

För många läkare gick dessa förändringar utan problem. Man kunde ägna sig åt mötet med sina patienter/konsultationen, vilket kändes bra. För andra var det irriterande att sjuksköterskorna tog över. För en del blev förändringarna så stressande att man gick över till annan verksamhet, en period till företagshälsovården. Läkarna som grupp, som tidigare haft mycket låga sjukskrivningstal, närmade sig mer och mer andra grupper var gällde t. ex. utmattningssyndrom. Orsakerna till detta kan vi inte diskutera här men en del ligger nog i de ändrade arbetsformerna.

MBL

Medbestämmandelagen, som infördes i början på 1970-talet, kändes av många som jobbig. Dels kom en ny kategori av ”makthavare” in i bilden, de fackliga representanterna, dels tog medbestämmandet mycket tid. Att man fick ett partsförhållande ”vi och de” upplevdes på chefsnivå frustrerande. Men samtidigt fann man snart att samråd var en positiv faktor för det ständigt pågående förändringsarbetet i vårdorganisationen. Förändringar var lättare att genomföra om de förankrats väl hos alla de berörda. Det var av bl.a. av den orsaken det nya allmänläkarblocket fick hitta former för att nå ut med information. Regelbundna blockkonferenser med uppföljning i läkar-distrikten och på vårdcentralerna genom representationsskap på alla nivåer möjliggjorde detta. Efter hand växte primärvården så att de centrala mötena fick utgå. Allt mer av informationen och besluten decentraliserades till läkar-distrikt och vårdcentraler och till deras lednings- och samordningsfunktioner. Efter hand vände man sig vid MBL och den kändes som ett naturligt inslag i organisationen.

Information och kommunikation

MBL var ett första exempel på behovet av och svårigheten att nå ut med information i den växande primärvården. Bl.a. upptäckte man att trots man ansträngde sig att informera så var det enskilda som ansåg sig aldrig ha nåtts av informationen.

Information till personal och mellan personal var på 1980-talet post, telefon och till den kopplad telefax. Det blev mycket papper att kopiera och sända ut. Faxen hade sina sekretessproblem. Den användes ibland att sända kopior av patientjournaler eller delar av dem mellan olika enheter. Det kunde hända att man slog fel faxnummer/telefonnummer så att känslig patientinformation hamnade dit den inte skulle.

Så kom datoriseringsepoken på 1990-talet. I början med intern kommunikation inom vårdcentralen men snart med möjlighet att ge en landstingsövergripande intern elektronisk post.

Sedan kom Internet med e-post och hemsidor på 2000-talet. Man fick en gemensam informationsplattform i en utbyggd intranetfunktion. E-post gav en snabb och säker kommunikation mellan individer och till hela grupper. Man besparades pappershantering och portokostnader. Det blev ett personligt ansvar för befattningshavarna att inhämta information.

Ett ansvar som kunde kännas betungande då e-postlådorna fylldes på utan hejd och den gemensamma hemsidan inte kändes aktuell eller var svår att hitta i.

Tendensen gick mot att även kommunicera med patienterna med hjälp av Internet. Detta kunde vara ett sätt att minska telefonbelastningen och göra tillgängligheten till primärvården högre. Att lägga ut information på lokala och centrala hemsidor tillgängliga för befolkningen var ytterligare ett sätt att öka informationsplattformen. Tillgången till Internet bland befolkningen ökade successivt och kraftigt. Därmed också möjlighet för individen att ta del av all den information som fanns på nätet. Med hjälp av sökmotorer, bl.a. Goggles, var det lätt att finna önskad information i mängden av sådan. Inte minst medicinsk information fanns tillgänglig för den enskilda. Patienterna var på så sätt väl ”förberedda” inför mötet med vårdgivaren. Detta var en ny situation som inte alla läkare kände sig mogna för.

På något sätt hade både vårdpersonal och patienter svårighet att anpassa sig till det nya informationssamhället – som det blivit på gott och ont. Ibland kändes det som om man var på väg mot en kommunikationsinfarkt eller åtminstone angina communicialis.

OLIKA MODELLER FÖR PRIMÄRVÅRDENS ORGANISATION

Primärvård i förändring

Hämtat ur boken ”Primärvård i förändring” av Anders Anell , 2005.

I svensk sjukvård har den allmänna diskussionen ofta handlat om hur sjukhusen ska styras och organiseras och i vilken utsträckning privat ägande ska accepteras. Betydligt mindre uppmärksamhet har ägnats åt hur den öppna vården utanför sjukhusen ska organiseras och styras. Anell vill rikta ljuset mot primärvårdens organisation. Han visar på olika primärvårdsmodeller med dess för och nackdelar. Ett centralt tema i boken och i förslagen är vilken relation den framtida primärvården bör ha gentemot befolkning och patienter.

”Oavsett synen på vilken primärvårdsmodell som är mest lämplig för framtiden borde det vara förhållandevis enkelt att bli överens om att kraven på primärvården kommer att öka. Antalet äldre med ibland flera kroniska sjukdomar ökar. Allt mer av sjukvårdens insatser kommer att kunna göras i öppna vårdformer i takt med att den medicinska teknologiska utvecklingen fortskrider. Även informationsteknologiska landvinningar innebär ökade möjligheter att decentralisera vården ut till primärvården. Akutsjukhusens resurser kommer i allt större utsträckning att användas för de svårast sjuka där en mängd insatser ska genomföras under allt kortare vårdtider. Behovet av att koordinera och följa upp olika vårdgivares insatser kommer att öka. Behoven är redan påtagliga för de multisjuka äldre.

Parallellt med att utvecklingen i hälso- och sjukvården ställer ökade krav på primärvården finns en samhällelig utveckling som leder till större påfrestningar på primärvården. En ökad förekomst av oro, ängslan, värk och allmänt nedsatt psykiskt välbefinnande innebär en ökad andel patienter som söker sig till sjukvården för olika former av vaga symtom. Det finns risk för att de dolda behoven bland särskilt utsatta befolkningsgrupper ökar. Samtidigt finns en allmän trend mot ökade krav och minskad tilltro till auktoriteter, som kan leda till högre förväntningar på primärvårdens tillgänglighet och service bland andra grupper.

Sett till de resurser och den kompetens som ska svara upp mot de framtida kraven kan flera viktiga förändringar noteras. Av stor betydelse är att framtida allmänläkare i stor utsträckning tycks vilja arbeta deltid. Det förefaller inte finnas någon utpräglad vilja att arbeta i egen privat verksamhet. Dessa preferenser försvårar i praktiken möjligheterna att införa ett traditionellt listningssystem. Ett sådant system baseras på att varje invånare ska välja en egen allmänläkare, som ansvarar för att primärvården finns tillgänglig 24 timmar om dygnet. Sett till de länder som redan har sådana familjeläkarsystem - exempelvis Storbritannien, Nederländerna och Danmark - sker en utveckling mot större läkargrupper för att hantera kraven på tillgänglighet och erbjuda allmänläkarna en rimligare arbetsmiljö.

En annan viktig faktor att ta hänsyn till vid utveckling av framtida primärvårdsmodeller är olika intressenters inställning till krav på remiss för besök hos specialist. Till skillnad från flertalet andra länder finns ingen tradition av remisskrav i svensk hälso- och sjukvård, även om många landsting i ökad utsträckning infört sådana krav under senare tid (Welander 2004). Bland styrande politiker finns således en ökad acceptans för remisskrav för besök hos specialist. Som påtalats tidigare i denna bok kan det emellertid vara riskabelt att utveckla primärvården som första vårdnivå enbart genom politiska beslut som begränsar individens vårdökande. En sådan strategi leder inte med automatik till att primärvården och allmänläkarna uppfattas som legitima i rollen som befolkningens förstahandskontakt med hälso- och sjukvården. Makt kan tilldelas genom politiska beslut, men legitimitet måste primärvården själv förtjäna genom att skapa mervärde för befolkningen i denna roll.

Det är värt att notera att flertalet av de länder som har strikta krav på remiss för besök hos specialist diskuterar om denna princip är långsiktigt hållbar och ändamålsenlig. För i synnerhet kroniskt sjuka patienter som utnyttjar både specialist- och primärvård uppfattas sådana krav som alltför rigida. Flertalet länder med strikta krav på remiss försöker i praktiken införa mera flexibilitet, medan länder utan remisskrav i första hand försöker uppnå ökad acceptans för primärvården som första vårdnivå på frivillig väg (Boerma 2003).”

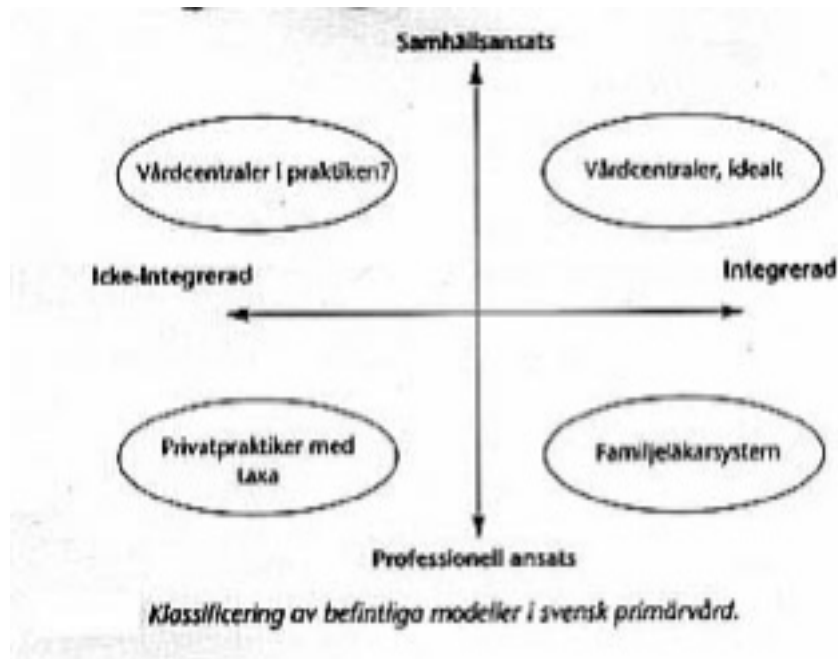
Anell visar på och diskuterar några tänkbara modeller för svensk primärvård.

”Utifrån den kanadensiska genomgången av fyra olika primärvårdsmodeller (se kapitel 2) kan två nyckelfrågor formuleras. Svaren på dessa frågor leder i sin tur till att flera tänkbara modeller för den framtida svenska primärvården kan formuleras.

- *Ska befolkningen ha möjlighet att välja sin allmänläkare/primärvård där pengarna följer individens val, eller ska allmänläkare/primärvård ha ett geografiskt befolkningsansvar?*
- *Ska primärvården fokusera allmänläkarnas insatser, eller ska primärvården kännetecknas av arbete i team mellan flera olika professioner?*

De svenska primärvårdstraditionerna vilar som redovisats i huvudsak på en samhällsorienterad ansats. Samverkan med andra, arbete i team och geografiskt ansvar för befolkningens hälsa har betonats. Implicit har således de traditionella svaren på ovanstående frågor varit att primärvården ska ha ett geografiskt befolkningsansvar samt arbeta i team med olika kompetenser. Resurserna ska prioriteras efter behov snarare än efter individers vårdsökande. Det kan dock diskuteras i vilken utsträckning primärvården i praktiken överensstämmer med de ideal som formulerats. Som tidigare redovisats har primärvården inte fått det breda kompetensinhåll som skisserades i början av 1970-talet. Brister i samverkan med kommuner och sjukhus är ett ständigt återkommande tema i sjukvårdsdebatten. Primärvården och vårdcentralerna har även en begränsad tillgänglighet gentemot befolkningen och är långt ifrån tillgänglig 24 timar om dygnet. Utifrån den klassificering som används i den kanadensiska studien uppvisar svensk primärvård i praktiken egenskaper som ligger närmast en icke-integrerad samhällsmodell. De problem som bristen på tillgänglighet och integrationen leder till är också en viktig utgångspunkt för den pågående utvecklingen av s.k. närsjukvård hos många sjukvårdshuvudmän. I flera närsjukvårdsprojekt finns en högre ambitionsnivå avseende bred kompetens, tillgänglighet och integration mellan vårdresurser på lokal nivå (Anell 2004).

Vårdcentraler med geografiskt ansvar är dock inte den enda lösningen som praktiseras i svensk primärvård. I några landsting finns familjeläkärsystem med listning från befolkningens sida, och i flera landsting finns enskilda läkare eller läkargrupper med ersättning enligt nationell åtgärdsbaserad taxa. Det kan diskuteras om de senare läkarna är en del av primärvården eller inte. Flertalet privatpraktiker är t.ex. specialister i annat än allmänmedicin. Oavsett om privatpraktiker betraktas som en del av primärvården eller inte svarar många privatpraktiker förmodligen på vårdbehov bland befolkningen som till stor del skulle kunna vara en del av primärvårdens ansvar. En samlad bild över befintliga modeller i svensk primärvård, baserat på de dimensioner som identifierades i den tidigare refererade kanadensiska studien, redovisas i figur.



För diskussion om framtida primärvårdsmodeller är den kanadensiska indelningen alltför begränsande. Som tidigare redovisats baseras indelningen på en bedömning av primärvårdsmodeller som redan finns. Utgångspunkten är alltså inte de modeller som det finns ett behov av i framtiden. Ett mera fritt utnyttjande av de parametrar som användes i den kanadensiska studien ger dock möjligheter att konstruera nya tänkbara alternativ för framtiden. En viktig fråga inför denna uppgift är om det finns möjligheter att lösa den integrerade samhällsmodellens brister ifråga om tillgänglighet och lyhörddhet gentemot patienterna genom att ändra dess incitament. På så sätt skulle ju teoretiskt sett den integrerade samhällsmodellen dominera även primärvårdsmodellerna med en professionell ansats, som enligt den kanadensiska studien får ett bättre betyg för just tillgänglighet och lyhörddhet gentemot patienterna.

Principiellt sett kan man tänka sig att det är befolkningens möjligheter till egna val, där pengarna följer individerna, som ger de professionella ansatserna en bättre tillgänglighet och lyhörddhet gentemot patienterna, jämfört med samhällsansatserna som baseras på ett geografiskt befolkningsansvar. En förändring i incitamenten för samhällsmodellerna skulle då kunna genomföras genom att införa sådana möjligheter till egna val för individerna. Konkret sett skulle en sådan lösning innebära att individer själva väljer att lista sig hos en valfri primärvårdsorganisation med brett kompetensinnehåll, snarare än hos en enskild allmänläkare. Konsekvensen blir naturligtvis att det geografiska befolkningsansvaret övergår i ett ansvar för listade individer. Med begränsningar i möjligheterna att välja, t.ex. att man enbart får lista sig hos de primärvårdsenheter som verkar inom ett visst geografiskt område, behöver dock skillnaden jämfört med en renodlad samhällsmodell inte bli så stor. En annan variant är att utgå från det geografiska befolkningsansvaret för samliga invånare men införa en möjlighet för individen att välja bort den geografiskt baserade lösningen till förmån för ett annat alternativ. Möjligheten att välja i primärvården blir på detta sätt frivillig snarare än obligatorisk som i ett system med aktiv listning. Sådana "exit"-möjligheter skapar ett hot om konkurrens mellan olika primärvårdsenheter, där pengarna följer individens val.

Det är ett annat sätt att skapa incitament som främjar tillgänglighet och lyhörddhet, även om det till sist är få individer som utnyttjar sina utökade valmöjligheter (von Otter 1996).

Ett ytterligare alternativ är att fortsätta med det geografiska befolkningsansvaret utan möjligheter för individer att välja, men att primärvårdens ersättning till större del baseras på antalet besök och andra prestationer istället för fasta anslag. Pengarna följer i så fall inte individerna men väl den volym vård som produceras av varje primärvårdsenhet. Som framgått av bokens tidigare kapitel har empiriska studier visat att mera rörliga ersättningar kan skapa bättre tillgänglighet genom att antalet producerade besök ökar. Det är dock mera oklart om en sådan lösning också har betydelse för lyhörddheten gentemot patienters behov och önskemål. Eftersom enskilda patienter inte kan välja vid vilken enhet

man ska få sitt vårdbehov tillgodosett finns risk för att ökningen av verksamhetens volym sker på vårdgivarnas villkor, snarare än på patienternas. Troligen kan tillgängligheten förbättras genom en mera rörlig ersättning. Det är mer osannolikt att lyhörheten gentemot patienternas önskemål kan påverkas med enbart ändrade ersättningsprinciper.

Även om man kan "lura" den integrerade samhällsmodellen att uppnå bättre betyg på tillgänglighet och lyhörhet genom att låta befolkningen välja lösning och/eller genom att införa ersättning per besök, är det inte säkert att sådana incitament är helt förenliga med den vision som kännetecknar den samhällsmodellen. Det är möjligt att införandet av sådana principer leder till en implicit förändring av primärvårdens vision, så tillvida att lyhörheten gentemot enskilda patienters vårdsökande prioriteras framför en resursfördelning efter behov. Studier av svenska vårdcentraler har visat att balanseringen mellan dessa båda mål redan idag är besvärlig (Socialstyrelsen 2004). Det är däck inte självklart att en ökad betoning på tillgänglighet och lyhörhet gentemot patienternas egna önskemål i primärvården är felaktigt. Med en allmän produktivitetsökning till följd av konkurrens mellan vårdgivare behöver en sådan förändring inte heller ske på bekostnad av möjligheterna att nå andra mål.

Tänkbara alternativ för den framtida svenska primärvården baserat på ovanstående resonemang och svar på de nyckelfrågor som identifierats redovisas i tabell.

Tabell Alternativa modeller för svensk primärvård.

Val för befolkningen?	Ansats	
	Allmänläkare	Team
Ja	<p>Princip: Listningsystem till familjeläkare.</p> <p>Exempel: Befintliga familjeläkarsystem med individuella val för befolkningen; PROTOS och tidigare husläkarslag.</p>	<p>Princip: Listning till primärvårdsenhet med bred kompetens.</p> <p>Exempel: Befintliga system med individuella val av vårdcentral med bred kompetens.</p>
Nej	<p>Princip: Befolkningsansvar för utsedd allmänläkare.</p> <p>Exempel: Tidigare provinsläkarsystem och allmänläkartjänster i glesbygd.</p>	<p>Princip: Befolkningsansvar för vårdcentral med bred kompetens och brett ansvar.</p> <p>Exempel: Det ursprungliga idealet för svenska vårdcentraler. Utvecklingen mot närsjukvård följer i huvudsak denna princip.</p>

NÄRSJUKVÅRD och PROTOS

Distriktsläkarföreningen lade fram en modell "Protos", som innebar en familjeläkarmodell med privatläkarfinansieringen som en förutsättning. Den stöddes av Läkarförbundet, som dock satte in modellen i ett större perspektiv och anvisade en närsjukvårdsmodell.

Närsjukvården definieras som vård nära patienten som inte kräver sjukhusvårdens särskilda resurser. Denna delas enligt förslaget in i tre delar; primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.

Den primära närsjukvården består av vård i boendet och familjeläkarvården. Den specialiserade närsjukvården bedriver sjukvård som inte kan klaras av inom den primära närsjukvården, men som inte heller kräver de fullt utrustade sjukhusens resurser.

Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även närsjukhus. Samverkansvård är vård av de personer som erbjuds hälso- och sjukvård av kommunen, det vill säga äldre och funktionshindrade i särskilda och ordinära boendeformer.

– Att hitta lösningar som höjer både kapaciteten och kvaliteten i den nära sjukvården framstår som vår kanske mest angelägna sjukvårdspolitiska fråga

framöver. I framtiden kommer alla typer av specialister att ha en mycket större roll utanför de traditionella sjukhusen, säger Thomas Flodin.

Bristen på samverkan mellan olika vårdsektorer i nuläget, och det faktum att många patienter inte får sina vårdbehov tillgodosedda, visar tydligt på behovet av förändringar av sjukvårdens styrning och struktur, konstaterar Läkarförbundet.

PROTOS är de svenska allmänläkarnas förslag till ett nationellt familjeläkarsystem. Syftet är att trygga befolkningens rätt till en fast familjeläkarkontakt. Alla invånare ska ha samma förutsättningar att ha en lättillgänglig, kontinuerlig och förtrolig kontakt med sin doktor. Samtidigt innehåller förslaget anvisningar om hur familjeläkarmottagningarnas verksamhet kan organiseras så att det blir enhetligt i hela Sverige.

En egen familjeläkare, specialist i allmänmedicin, ger invånarna trygghet i vården och är kostnadseffektivt för samhällsekonomin. I länder med ett väl utvecklat familjeläkarsystem är vården effektiv, invånarna litar på sina familjeläkare och kvaliteten på sjukvården är hög.

Följande kriterier skall enligt PROTOS vara utmärkande för en familjeläkares verksamhet:

- 1. Tillgänglighet*
- 2. Helhetssyn och vård efter behov*
- 3. Kontinuitet*
- 4. Engagerat och respektfullt bemötande*
- 5. Kunskap, kvalitet och kompetens*

Utgångspunkten är att det skall finnas en specialist i allmänmedicin tillgänglig per 1 500 invånare.

Tanken är att alla invånare listas. Befolkningen har rätt till fritt val av fast läkarkontakt och att ingen upphandling sätter sig över detta val. De som inte själva väljer aktivt tilldelas en tillgänglig familjeläkare i det fall man inte aktivt väljer att stå utanför systemet.

Etableringsrätten ska vara reglerad. För etablering krävs att en tillräcklig mängd invånare saknar familjeläkare. Befolkningsunderlaget avgör var läkaren kan arbeta - där det finns tillräckligt med invånare som saknar familjeläkare ska inget hindra en familjeläkare att etablera sig. Om däremot alla invånare är listade kan inte någon ytterligare etablering ske.

När antalet invånare utgör den yttre gränsen för hur många familjeläkare det kan finnas blir kostnaden för samhället förutsägbar - i detta förslag beräknad till ca 1 700 kronor/invånare och år.

Uppdrag och ersättning skall vara lika, oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi. Med enhetliga regler för uppdrag och ersättning krävs inte upphandling enligt LOU.

Grunduppdraget för familjeläkaren skall vara väl definierat, och den ekonomiska ersättningen skall ha tydlig koppling till uppdraget.

Ersättningen skall bestå av två delar - dels en grundersättning (kapitation) per listad invånare, dels en ersättning per prestation i form av läkarbesök, telefonkonsultation eller dylikt. Därutöver kan läkaren ha tilläggsuppdrag som till exempel skol- eller mödrahälsovård, utbildning och handledning. Det individinriktade folkhälsoarbetet skall ingå i grunduppdraget medan samhällsinriktat folkhälsoarbete skall utgöra tilläggsuppdrag.

Kostnader för provtagning, röntgen m.m. (medicinsk service) samt för läkemedel bör inte belasta enskild familjeläkare då detta skulle kunna vara till nackdel för patienten. Ekonomiska skäl får inte påverka läkaren att avstå från utredning och behandling. Familjeläkarna som grupp kan däremot svara för dessa kostnader och gemensamt med huvudmannen följa upp och kvalitetsgranska för optimal användning av medicinsk service och läkemedel.

Förslaget förordar att familjeläkare i normalfallet arbetar tillsammans i form av grupp-mottagningar, men utrymme måste finnas för olika lösningar, t.ex. på mindre orter. Familjeläkarens uppdrag gäller för alla listade personer under årets alla dagar. Genom samverkan löser man tillgängligheten under jourtid.

PROTOS innefattar team som, förutom allmänläkare, består av sjuksköterska och läkarsekreterare samt undersköterska/laboratorieassistent. Ett sådant team kan självständigt färdigbehandla 90 % av alla som söker.

I primärvården finns också andra viktiga yrkesgrupper såsom distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, m.fl. Deras uppdrag beskrivs inte i PROTOS, men skall och kan utan svårigheter integreras i det funktionella teamarbetet kring patienten anpassat efter lokala förutsättningar och tradition. Det är viktigt att det som fungerar bra idag bevaras.

Förutsättningarna att sköta även mer komplicerade fall inom primärvården varierar, beroende på bl.a. geografiska förhållanden. Familjeläkarna skall därför samverka med andra specialister i såväl öppen som sluten vård.

Likaså skall man samarbeta med kommunal sjukvård - vården av de äldre på särskilda boenden.

PROTOS är ett förslag på hur familjeläkarvården kan organiseras. Förslaget beskriver familjeläkarens uppdrag och finansiering samt att detta kan och bör regleras i lag.

Sammantaget visar PROTOS en framkomlig väg till hur man på nationell grund kan skapa ett familjeläkarssystem som på lika villkor är tillgängligt för alla invånare och som också kan tillfredsställa Hälso- och Sjukvårdslagens krav på en fast allmänläkarkontakt för alla.

SLF (Sveriges läkarförbund), DLF (Svenska Distriktsläkarföreningen), SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin), SPLF (Svenska Privatläkarföreningen), SYLF (Sveriges Yngre Läkares Förening)

Hallandsmodellen

Intervju av Elisabet Ohlin. Läkartidningen nr 7, 2006. av Mats Eriksson (M) ordförande i landstingsstyrelsen i halland.

En ny primärvårdsmodell planeras i Halland. En vårdpeng följer hallänningarna, som ska lista sig hos en »vårdenhet« – inte hos en läkare.

Halland är först i landet med den här typen av listning, som man tror bättre ska nå målen: en god hälsa, nöjda invånare, god vård, stark ekonomi och engagerade medarbetare.

– Vi vill rigga något inför morgondagen. Vi tror att vi är lite pionjärer, säger landstingsstyrelsens ordförande Mats Eriksson (m).

Förslaget som har bred politisk förankring har »bara positiva tillrop från vården«, enligt Mats Eriksson.

– Vi vill understödja en utveckling mot mer öppenvård och bättre tillvarata olika kompetenser som arbetsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Man listar sig inte hos en läkare, utan hos en vårdenhet, för att inte få den stora läkarfixering som vi kanske haft. Systemet ska införas den 1 januari 2007 under förutsättning att beslut fattas i landstinget i april.

Modellen bygger på konkurrens, fritt val av vårdenhet och en vårdpeng som följer varje invånare. Den som inte aktivt listar sig blir passivt listad. Pengen, som viktas för invånarens ålder, ska täcka all vård som rör invånaren utanför sjukhusen, oavsett hur många eller få besök patienten gör eller vem han/hon träffar. Vårdenheten får själv forma sin arbetsstyrkas storlek och sammansättning av kompetenser. Det kan se olika ut. Vårdenheten kan också välja att köpa tjänster.

Om invånarna besöker en annan primärvårdsenhet, en privat specialist eller får primärvård i annat landsting, så betalar den vårdenhet där personen är listad för besöket. Och om vårdenhetens listade invånare i högre grad besöker sjukhuset med sina öppenvårdsproblem minskas vårdenhetens ersättning.

– Vi vill att 80 procent av öppenvårdsbesöken sker i öppenvården, säger Mats Eriksson.

Den bästa »affären« gör vårdenheten alltså på friska invånare som inte alls besöker vårdenheten och inte heller går någon annanstans.

En vårdenhet ska därför inte kunna välja bort invånare som vill lista sig. Listorna har inget tak. Blir listan för stor får enheten istället expandera.

Alla vårdenheter, privata som landstingsdrivna, ska ersättas likadant. Det blir ett sätt att komma ifrån de ekonomiska skillnader mellan vårdcentraler, hoppas landstinget, vars

primärvård idag rymmer minst sex olika ersättningssystem. Dessutom har vissa tidigare upphandlingar stört kontinuiteten och skapat »dålig stämning«, enligt Mats Eriksson. Med modellen ska det inte gå att konkurrera med lågt pris i en upphandling.

Mats Eriksson hoppas att formella krav på upphandlingar enligt Lagen om offentlig upphandling ska kunna undvikas.

– Jag tror inte vi ska bli skyldiga att upphandla, men skulle någon överklaga får vi se det då.

Istället för att konkurrera med pris ska vårdenheterna konkurrera om invånarna med kvalitet.

För att få ersättning måste vårdenheten först ackrediteras av landstinget enligt vissa grundläggande krav. Verksamheten ska sedan utvärderas efter mål som rör tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedelsförskrivning och hälsofrämjande arbete. Om målen inte uppfylls ska ersättningen minskas. Kvalitetsmålen ska följas upp flera gånger om året, enligt förslaget. Men till att börja med är det endast täckningsgraden, det vill säga i vilken grad invånarnas besök sker i öppenvården, som ska kunna påverka ersättningen.

Uppföljningsmått till exempel för »medicinsk kvalitet« finns ännu inte.

– Vi saknar uppföljningsparametrar men det jobbar vi på. Vi ska lägga mer fokus på kvalitetsuppföljning än vi gjort tidigare, istället för att i detalj tala om hur vården ska utföras.

Enligt Mats Eriksson kan sådana parametrar till exempel vara att vårdenheten följer vårdprogram eller att hälsofrämjande insatser görs.

Finns det en risk för sneda prioriteringar, till exempel att vårdenheterna av ekonomiska skäl prioriterar resursstarka invånare i kön och prioriterar ner eller säger nej till resurssvaga patienter med större medicinska behov?

– Nej, det tror jag inte. Det har varit ett större bekymmer idag att man säger nej än att man säger ja.

I Hallands primärvård är tillgängligheten dock inget stort problem, enligt Mats Eriksson.

En reaktion från en läkare i Halland på primärvårdsmodellen

Lars Larsson, tills nyligen chef för Håstens vårdcentral i Varberg, har sagt upp sig som en protest mot den planerade primärvårdsmodellen.

– Det är ett experiment som kommer att falla dåligt ut. Det är risk för att man slår sönder en fungerande organisation. Jag vill inte ta ansvar för detta, säger Lars Larsson.

Risken är stor att svaga grupper missgynnas genom att den vårdenhet som inte prioriterar den patient som skriker högst förlorar pengar, hävdar han. Det lagliga kravet på prioriteringar efter behov riskerar att komma i skymundan.

– Det blir mer efterfrågestyrt än behovsstyrt. Prioriteringsfunktionen förändras när det blir penningstyrt.

Att skapa en konkurrenssituation mellan vårdcentraler har tidigare visat sig leda till problem, anser han och hänvisar till problem i primärvården i Västmanland och Göteborg.

Man ska inte föra in managementidéer där de inte hör hemma, anser han och hänvisar bland annat till företagsekonomen Gudbjörg Erlingsdottir. I sin avhandling från 1999 varnar hon för managementtänkandet och för att värdera vården utifrån dokument och siffror som inte förmår spegla komplexiteten, se LT nr 8/ 2000.

– I förslaget ligger underförstått en tanke om att vi inte jobbar maximalt. Men det är stor skillnad mellan att producera manicker och att jobba med människor. Man kan inte göra ett läkarbesök hur kort som helst, säger Lars Larsson.

Hans förklaring till att förslaget tagits fram är att politiker och tjänstemän »inte förstår vårdens själ och hjärta«.

Han säger att han har talat med ett 30-tal distriktsläkare och inte träffat på en enda som tycker förslaget är bra.

– Men många orkar inte protestera. De har tappat illusionerna. Jag har fortfarande en passion och accepterar inte vilka tokidéer som helst. Då får man ta sin Mats ur skolan, om man inte kan påverka.

Norges fastlegeordning

Se http://www.forskning.no/eval_rapport eller referat i Allmänmedicin nr 2 2006, Anders Lundqvist .

År 2001 infördes i Norge ett system kallat fastlegeordningen, som bl. a. innebär att patienterna väljer sin allmänläkare. Ur utvärderingsrapporten:

” Fastlegereformen i Norge er bygget på de samme prinsipper som de tilsvarende ordninger i England, Nederland og Danmark. Likevel er det vesentlige forskjeller i organisering og finansiering. Alle reformer skal forstås i sin historiske kontekst. Det vil derfor være viktig at det fortsatt gis muligheter for å følge Fastlegeordningen forskningsmessig og gjerne i et komparativt perspektiv. Reformarbeid skal forstås og fortolkes på flere nivå, og helheten kan bli lettere å få øye på senere i motsetning til nå hvor forskningsbidraget kan fremstå noe fragmentarisk.”

Läkartäckningen i Norge har förbättrats avsevärt från att före reformen hade 67% av befolkningen en fast allmänläkarkontakt och fyra år efter genomförandet är siffran 98,5%. En läkares lista har i genomsnitt 1200 invånare och hälften av listorna är öppna. De listade har rätt att byta fastlege två gånger per år. Endast 5,5% av avtalen sägs upp varje år. Omkring 10% av fastlegene finns på arbetsplatser med gemensamma listor, vilket verkar bidra till ökad stabilitet. Kommunerna har rätt att kräva 7,5 timmars arbete per vecka och heltidsanställd fastlege för arbete med exempelvis särskilda boende och sklhälsovård.

Tillgängligheten är ett kvalitetsmått och det finns drivkraft hos fastlegene att erbjuda god sådan. Trots detta är det vad befolkningen är minst nöjd med. I synnerhet gäller det telefontillgängligheten. De flesta patienter upplever stor tillfredsställelse med sina läkare. Störst var den hos de som fått sitt förstaval av läkare tillgodosett. Läkarna upplever att patienterna fått fler möjligheter att ställa krav, samtidigt som de själva blivit mer ödmjuka inför det förtroende patienterna visat dem genom valet.

Kontinuitet var god även i de större städerna men både före och efter reformen föredrog 10% av befolkningen att ha möjlighet att gå till olika allmänläkare. Varje kvartal byter 2,5% av befolkningen fastlege varav cirka 40% gör det p.g.a. bristande tillfredsställelse med tidigare val.

Parallellt med fastlegeordningen infördes en strängare remitteringsordning. Remiss var nödvändig för att patienten skall få reducerad avgift.. fastlegerne är mindre aktiva som grindvakter. De upplever stark konkurrens och anstränger sig för att erbjuda god service till patienterna vilka upplevs mer krävande än tidigare. Det gäller också sjukskrivningar och särskilda recept för beroendeframkallande medel.

En studie visade att patienter med dålig hälsa och kronisk sjukdom oftare kontaktade andra fastlege och specialister och oftare sökte på jourtid. Antalet patienter som söker på jourtid ändrades inte i någon högre grad men det fanns ett visst missnöje med hur den så kallade legevakten fungerar.

Ur Lokal utvecklingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården i Mitten Älvsborg

Antagen av Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mitten-Älvsborg 2001-08-30.

Utveckling av primärvården till en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet

En utbyggd och tillgänglig primärvård är avgörande för om vi ska kunna tillgodose medborgarnas framtida behov av hälso- och sjukvård. *Den nära lättillgängliga ”vardagssjukvården” utgörs av: en väl fungerande primärvård med flera yrkeskategorier i ett vårdteam såsom läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, biomedicinska analytiker, sekreterare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, beteendevetare, dietister, som ska svara för en ökad del av vården. En utvecklad hälso- och sjukvårdsupplysning samt en väl utvecklad kommunal hälso- och sjukvård är ytterligare viktiga delar i den nära lättillgängliga vardagssjukvården.*

Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring

Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring är grundläggande för att klara primärvårdens åtagande under de kommande åren. Viktiga strategiska åtgärder föreslås för att klara framtida detta uppdrag

Primärvården har att utveckla ett program för att säkra en god läkartillgång med definierat åtagande med långsiktig målsättningen 1 vårdteam / 1 500 invånare fram till 2010 och skapa möjlighet för befolkningen att välja en fast läkarkontakt. Detta är både ett kortsiktigt och långsiktigt arbete. Det föreslagna nya läkarvals- och ersättningssystem inom primärvården kommer att stimulera och möjliggöra denna utveckling.

Samarbete med universiteten i syfte att få fler studerande att välja allmänmedicin. Bl a genom aktivt deltagande i TYK (tidig yrkeskontakt) och samverkan med Göteborgs universitet vara delaktig i läkarutbildningens avslutande termin.

Inrättande av fler AT-tjänster som erbjuder gott stöd och handledning under utbildningstiden.

Inrättande av fler ST-tjänster inom allmänmedicin som erbjuder bra handledning,

Förstärkning av hälso- och sjukvården med möjlighet för andra specialister inom slutenvården att ”pröva på” primärvård under kortare tid.

Goda möjligheter för medarbetare inom primärvård till kompetenshöjning inom FOU. Med väl utbyggt nätverk och insatser öka intresset för forskning bland anställda distriktsläkare att disputera. Skapa möjlighet för kliniska lektorat.

Satsning på handledning och handledarutbildningar

Förbättrad tillgänglighet

Förbättrad tillgänglighet i primärvården ska ge möjlighet för befolkningen att få sina behov tillgodosedda, vilket inte alltid innebär besök hos en läkare eller sjuksköterska. Utvecklingen av telefontillgängligheten, teamarbete och samverkan med andra professioner och vårdgivare är viktiga delar för en fungerande primärvård. Genom anknytning till en fast läkare eller annan vårdprofession skapas goda förutsättningar för bra vård och informationsöverföring av patientdata i hälso- och sjukvården.

Genom att utveckla en modern IT struktur kan hälso- och sjukvården bättre hantera egna processer och ansvarsgränser. Den vårdsökande bli mer delaktig i sin behandling och kan ta ansvar för sin egen vård. Informationsöverföring och samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning för en fungerande vårdkedja.

Utveckling av en samordnad hälso- och sjukvårdsupplysning som utgör ett komplement till vårdcentraler och specialistmottagningarnas telefonrådgivning. Genom att erbjuda tillgänglig rådgivning per telefon vid alla tider på dygnet av personal med särskild kompetens, kan vårdcentraler och sjukhusens mottagningar ägna mer tid åt de patienter som har behov av kontinuitet i sina kontakter med hälso- och sjukvården. (Se separat uppdrag).

Utveckling av tekniska lösningar såsom Tele Q vilket innebär att den vårdsökande efter samtal till vårdcentralen blir uppringd av mottagningsköterskan och slipper vänta i telefonkö.

Tillräcklig nätutbyggnad mellan enheter skapar bättre förutsättningar för snabb och problemfri kommunikation mellan enheter och underlättar informationsöverföringen och samverkan mellan olika vårdgivare.

Sammantaget bidrar detta till ökad tillgänglighet och möjliggör för den vårdsökande att under hela dygnet ha tryggheten att kunna få hjälp och stöd.

Andra aktiviteter för att förbättra tillgängligheten genom resurstillskottet är att ge förutsättningar för:

Utveckling av sjuksköterskebaserade mottagningar för specifika diagnos - eller behovsgrupper i syfte att öka kvaliteten och effektivisera omhändertagandet.

Utveckling av beteendevetenskaplig kompetens, främst kuratorer och psykologer, inom primärvården i syfte att bättre tillgodose behoven av psykosocialt omhändertagande.

Utveckling av sjukgymnastik och rehabiliteringsinsatser för prioriterade grupper. Ingå som en tydlig funktion i teamet i primärvården. I vårdavtal med privata vårdgivare även skapa möjligheter till en bättre samverkan kring prioriterade grupper av patienter.

Hälsofrämjande sjukvård och närsjukvård

I allt arbete krävs ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv. Arbetet måste också präglas av hållbarhet och långsiktighet. Nationella folkhälsokommittens mål 15 definierar hälsofrämjande sjukvård som omfattar både patient och personal.

Närsjukvårdens uppgift är att skapa förutsättningar för en bättre hälsa hos befolkningen genom ökad fokusering på samband i vårdprocesser och på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom samtliga ingående verksamheter. Närsjukvården skall kunna tillgodose huvuddelen av befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Vården tillhandahålls utifrån ett individfokus och i nära samverkan mellan kommun, primärvård och den specialiserade vården. Traditionella indelningar i och bundenhet till olika vårdformer är inte länge viktiga. Kompetensen samlas kring patienten, antingen fysiskt eller genom användning av ny teknik.

Utveckling av hälso- sjukvården för äldre människor

Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för de äldres vård och omsorg. En av de största utmaningarna är att på ett bra sätt tillgodose behov av läkarinsatser för de äldre i kommunens särskilda boenden och hemsjukvården. De som vårdas i hemsjukvården eller på särskilt boende skall vid behov av läkare få en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål. Det ska även gälla kvällar, helger och nätter. De äldre i behov av palliativ vård är en grupp som vi bör uppmärksamma med specifika insatser.

Genom överenskommelser mellan primärvård och kommun ska läkarinsatserna regleras och arbetet med att teckna sådana avtal är till stora delar genomfört. Med ökad läkartäthet ökar förutsättningen att tillgodose detta behov. Uppföljning av hur dessa avtal följs är viktigt att genomföra för att se resultatet av vidtagna åtgärder.

Överföring av information mellan regionens och kommunens hälso- och sjukvård bör i större utsträckning kunna ske med hjälp av IT. En gemensam satsning på fungerande på IT system är ett viktigt utvecklingsområde. Detta bör vara föremål för ett gemensamt projektarbete.

Med ett ”resursteam” bestående av allmänmedicin, geriatrisk, psykiatrisk kompetens som är riktade till äldre med specifika behov skulle kompetens samlas kring en patient för att på ett bättre sätt tillgodose behov och utveckla ett effektivt arbetssätt. Genom att samla medicinsk kompetens möjliggör det också konkret kunskapsöverföring till personal i kommunen. Detta skulle också vara en möjlighet för utvecklingen av demensvården.

Riktade insatser till äldre invandrare; med fokus på kunskapsuppbyggnad över vårdgivargränserna och anpassning av vård och behandlingsutbud

Utveckling av den palliativa vården av genom att tillskapa ett resursteam bestående av personal i kommunen som har som uppgift att utveckla den palliativa vården och stödja personal inom kommunens hälso – och sjukvård som arbetar med dessa människor. Samverkan med palliativa resursteam, sjukhus och primärvård fördjupas genom att arbeta fram gemensamma lokala vårdprogram.

Ökade insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa. Ökat stöd till personer med psykiska funktionshinder.

Det är viktigt att den ökande psykiska ohälsa i befolkningen bildar utgångspunkt för ett förebyggande arbete som syftar till att förhindra att sådan ohälsa fördjupas och leder till utvecklandet av allvarlig psykisk ohälsa och sjukdom.

Barn- och ungdomar med psykisk ohälsa

I barnpsykiatrikommittens slutbetänkande ” Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem” identifieras ett stort behov av att arbeta förebyggande med inriktning på barn och ungdomar som riskerar att utveckla och fördjupa psykisk ohälsa. Man lyfter också fram barns och ungdomars behov av information och stöd när en förälder har psykiska och/eller missbruksproblem, är kroppsligt sjuk eller dör. Tidiga insatser här är av avgörande betydelse.

För att möta det ökande behovet av psykosocialt stöd för unga människor krävs ett omfattande riktat arbete mot just denna grupp vid ungdomsmottagningarna. Arbete pågår med att ta fram en uppdragshandling för alla ungdomsmottagningar där detta behov uppmärksammas med förslag till förbättringar i form av beteendevetarkompetens.

Vissa grupper av barn och ungdomar kräver samarbete mellan barn och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) och socialtjänsten. Till de barn som har svårt att få hjälp hör de starkt utåtagerande och aggressiva barnen och ungdomarna. Även ungdomar med sammansatt problematik, dvs där de sociala problemen hänger ihop med den unges psykiska problem.

I Lerum finns idéer på utvecklingsarbeten kring dessa frågor, bl.a. utveckling av en funktionell familjeterapi i samverkan. Behov finns således av ett strukturerat samverkansarbete genom en samverkansmodell rörande beskrivna problemställningar mellan respektive Socialtjänst inom varje kommun och med BUP.

Utveckling av kompetenscentrum för barn- och ungdomar där olika vårdgivare och huvudmän samverkar. Syftet är att på ett tidigt stadie möta barn/ungdomar och familjer för att ge råd, stödja och tidigt sätta in åtgärder för att undvika senare psykosocial problematik. Det ökar möjligheterna till samarbete mellan olika aktörer som är inriktade på barn och ungdomars behov av hälsa och välbefinnande samt stärker sociala nätverk. Dessa centra överbryggat organisatoriska gränser inom kommun, primärvård och länssjukvård. Barnpsykiatriska kompetensen behöver förstärkas i detta arbete.

Behovet av råd och utbildning inom skolan och skolhälsovården vad gäller bedömning av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar och stöd till skolans personal är omfattande och ökande. Det efterfrågas olika former av konsultfunktion till skolsköterskor eller motsvarande från både BUP och vuxenpsykiatri.

Utveckling och förstärkning av psykologverksamheten inom mödra- och barnhälsovården i syfte att tidigt upptäcka och förebygga ohälsa.

Utveckling av familjecentral inom ett par geografiska områden. Syftet är att stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar, erbjuda stöd, erbjuda en nära mötesplats, finna arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga, vara ett kunskaps och informations-centrum samt utveckla en god service. Detta utgör en bas för främjande och förebyggande insatser för alla familjer. Verksamheter som kan ingå är öppen förskola, MVC, BVC och socialtjänst. Planeringsarbete pågår i Herrljunga och Alingsås.

I syfte att förtydliga ansvarsgränser och förbättra samverkan mellan kommunerna och regionen avseende barn och ungdomar med psykiska / psykiatriska problem kommer regionstyrelsen i Västra Götaland och Västkom att delta i ett gemensamt arbete som ska resultera i ett avtal som tydliggör ansvarsgränser. Arbetet startar under hösten 2001 och beräknas vara klart 2003.

Äldre med psykisk ohälsa

I utvecklingen av hälso- och sjukvården utifrån de äldres behov av insatser bör arbetet inriktas mot mer direkta och riktade insatser för att identifiera vårdbehov. Det är då viktigt att utveckla samverkan över vårdgivargränser för att åstadkomma en tidig upptäckt av vårdbehov och därmed kunna ge adekvat vård och behandling. Psykisk ohälsa hos äldre är i stor utsträckning ett dolt vårdbehov. Äldres symptombild vid depressiva tillstånd skiljer sig från yngres. Mycket handlar om behov av ökade kunskaper hos den personal av alla kategorier som möter äldre människor om hur psykisk ohälsa hos äldre yttrar sig.

Utvecklingsområden.

Behov finns att tillskapa ett Äldrepsykiatriskt centrum där samverkan sker över vårdgivar – och huvudmannagränser med uppgifter kring kunskapsuppbyggnad, utrednings- och utvecklingsarbete.

Det föreligger också ett behov av ett Äldrepsykiatriskt team som arbetar tillsammans med primärvård, kommun och psykiatri. Demensutredning; med fokus på tidig utredningsinsats med tidig insatt behandling.

Den öppna vården utgör basen för den psykiatriska verksamheten när det gäller vården för psykiskt funktionshindrade och de som av olika orsaker reagerar med psykiska symptom. Det är därför angeläget att utveckla och förbättra samverkan mellan sjukhuset, primärvården och kommunen. Samverkan här är av stor betydelse så att både fysiska behov, rehabilitering och psykiska behov hos dessa människor blir tillgodosedda på ett bra sätt. Utveckling av närsjukvården är ett bra sätt att tillgodose behov och insatserna för denna grupp.

Mycket av problematiken kring dessa människor är otydligheten kring tillämpningen av olika huvudmans ansvar. Arbete på regional nivå pågår mellan regionen och Västkom med uppdrag som syftar till en enhetligare tillämpning av ansvarsgränserna och en förbättrad samverkan mellan vårdgivarna. Detta arbete beräknas vara klart under hösten 2001. Utifrån dessa riktlinjer kommer gemensamma lokala riktlinjer att tas fram. Detta gemensamma lokala arbete bör kunna starta år 2002.

Stor enighet råder mellan kommunen, länssjukvården och primärvården att det behövs överenskommelser mellan vårdgivarna och lokala riktlinjer som ska garantera patienter trygghet i både fysiska och psykiska omhändertagandet..

Mångfalden av vårdgivare ökar inom vården och omsorgen

I Regeringen proposition om nationella handlingsplanen står följande ”Avtal om utvecklingsinsatser bör skapa förutsättningar för en ökad mångfald av vårdgivare i den öppna vården och omsorgen, genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdhuvudmännen”.

Fortsatt arbete med att stimulera, uppmuntra och möjliggöra alternativa driftsformer.

Ur Vårdgaranti för befolkningen i Västra Götalandsregionen 2006

- Du ska få kontakt med primärvården i telefon eller på plats samma dag. Med primärvård menas till exempel vårdcentral, husläkarmottagning, jourcentral eller sjukvårdsupplysning.
- Bedömer primärvården att du behöver besöka en läkare ska du erbjudas sådant besök inom högst sju dagar.
- Om du, efter medicinsk bedömning, behöver besöka den specialiserade vården, ska du få en tid där så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet om din remiss.
- Om man inom den specialiserade vården bedömer att du behöver behandling, ska du erbjudas den så snart som möjligt men senast 90 dagar efter beslutet.

Valfrihet i vården

Du har rätt att få vård på vilken vårdcentral eller på vilket sjukhus du vill inom regionen, i halland eller hos privata vårdgivare som har avtal med regionen eller Halland. Du har också rätt att få vård i ett annat landsting i mån av plats.

En primärvårdsutredning våren 1997

Bengt Dahlin presenterade en omfattande utredning med förslag till primärvårdsorganisation 1996-1997 på beställning av centralförvaltningen. Den skulle användas som diskussionsunderlag vid kommande organisatoriska förändringar inom primärvården. organisationsförändring. Den kan i många stycken fortfarande gälla som diskussionsunderlag för att effektivisera primärvården.

De problem som diskuteras i utredningen/ promemorian är att:

- primärvårdens uppgifter motsvaras inte av tilldelade resurser.

- grindvaktfunktionen ökar resursbehovet och kan ge problem i kontakten patient/läkare och primärvårdsläkare/sjukhusläkare.
- effektivitet inte belönas utan enbart produktivitet, vilken bl. a. kan ge ökade patient-administrativa kostnader.
- vårdefterfrågan är inte relaterade till vårdbehov. Patienterna låter sig inte styras av resursbrist.
- primärvårdsläkaren har svårt att tillämpa LEON-principen, då det inte finns någon annan vårdinstans att hänvisa/remittera till. Alternativen måste byggas in i vårdcentralarbetsformerna.
- öppethållandetider ej är anpassade till befolkningens ändrade levnads- och konsumtionsvanor.
- jourverksamheten tar resurser från dagverksamheten. Jourverksamheten är den sämsta produktivetsfaktorn i vården.
- jourverksamheten har alltid varit och är ett problem med många aspekter
- hemsjukvården kräver speciella jurlösningar.
- öppna mottagningar är produktiva men sällan effektiva och har inbyggda målkonflikter (bl. a. kan väntetiden i väntrum inte hållas).
- specialistutbildningen av allmänläkare är inte tillräcklig för att täcka det framtida behovet av primärvårdsläkare.
- arbetsmiljön för allmänläkare är inte god. Läkarna mår bl a psykiskt illa och många är på väg att brännas ut.
- ständiga organisationsförändringar är frustrerande.
- lokalkostnaderna utgör en relativt stor del av vårdkostnaden, näst efter personalkostnaderna.
- IT är inte optimalt utbyggd eller utnyttjad. Tillräckliga medel avsätts inte för IT förnyelse.

Ur sammanfattningen:

” Primärvårdens största problem har alltid varit att förväntningarna på den aldrig följts upp med realistisk resurstilldelning. Mål och resurser har inte varit anpassade till varandra. Promemorians syfte är att försöka fokusera på faktorer som kan göra primärvården effektivare i en framtida organisation. Det kan innebära att resurser, framför allt läkare och sjuksköterskor, behöver tillföras primärvården för att nå högsta effektivitet, d v s att kunna uppfylla de uppgifter/mål som primärvården har förelagts av olika beslutsfattare i samhället.

Hur man med lämpliga ekonomiska system kan öka effektiviteten och produktiviteten i primärvården diskuteras inte i denna promemoria. Ekonomiska faktorer är dock de potentaste medlen att påverka en verksamhet på gott och ont. Att bygga in ”morötter” i verksamheten är bättre än att försöka påverka med ekonomiska sanktioner. Ett exempel på detta är beslutet att, oavsett orsaken till mer än en halv timmas väntan i väntrummet, nödgas återlämna patientavgiften. Om akutfall eller tunga patientproblem förskjuter mottagningen (vilket är en vanlig orsak till väntan i väntrummet) kan det innebära att personalen känner sig orättvist drabbad, vilket i sin tur är demoraliserande för hela verksamheten. Ett annat exempel är att ”vinst” som utlovats att kunna nyttjas för personalens utveckling dras in till den centrala förvaltningens sparbetning.

Denna promemorias funderingar kring en effektiv primärvård bygger på en mening i HSU 2000

”Med förbättrade samarbetsrutiner, gemensamma vårdprogram, utbildning och telemedicin bör en betydande del av sjukhusens öppna vård kunna föras över till primärvården”.

Men det är inte hela sanningen. En effektiv organisation av hela primärvården måste skapas från den centrala ledningen till basverksamheten i primärkommunen och på vårdcentralen. Effektivitet innebär att med optimala resurser och bästa möjliga kvalitet nå de mål man har satt för verksamheten. Primärvårdens övergripande mål, primärvårdens karaktär: ”närhet, lättillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och helhetsyn” måste bibehållas och uppnås i en framtida primärvårdsorganisation. Det är dessa mål

"primärvårdsarbetaren" utbildats att arbeta mot, att ständigt ha för ögonen. Man bör även snegla på de primärvårdsuppgifter som beslutats av Landstingsförbund, vilka tas upp under 3.6 och Riksdag, som att kunna välja egen familje-, husläkare. Till dessa mål måste av landstinget egna delmål läggas (3.9). Målen bör fortlöpande ses över så att målkonflikter undviks.

Problembeskrivning

"Att ta över vad länssjukvården avlastas innebär en 6 - 12 %-ig ökning av verksamheten (beroende på hur man räknar) om primärvården i Älvsborg nu kostar 1,800:- per invånare. Ökningen av arbetsuppgifter kommer i första hand att drabba läkare och sjuksköterskor eftersom sjukhusen kommer att "avvisa" de patienter och patientproblem som man tidigare påtagit sig men som man enligt LEON-principen bedömer hör till primärvårdens ansvarsområde. I praktiken är konsekvensen av detta det remisstvång man beslutat att införa för att patienten skall få anlita sjukhusens resurser. Det innebär också att uppföljning efter sjukhusinsatsen oftare överlämnas till primärvården, vilket ger många läkaråterbesök i primärvården och troligen ökat behov av tid för kontakter mellan sjukhus- och primärvårdsläkare. Primärvårdsläkaren kommer i praktiken att bli "grindvakt - gatekeeper" mot sjukhusvården (remisstvånget) och dessutom "städgumma" efter sjukhusinsatserna.

Primärvårdsläkaren är pressad mellan två sköldar. Han/hon har inte möjlighet att hänvisa till annan vårdinstans och har dessutom de politiska servicebesluten att rätta sig efter, vilket ger befattningshavarna en mycket trängd situation vid en oförändrad läkar- och sjuksköterskebemanning av vårdcentralerna. Vårdgarantin innebär dessutom att köer "är förbjudna". Tillgänglighet till vårdcentralen skall per telefon eller sjuksköterskebesök vara samma dag och för läkarbesök inom en vecka.

Köer löser inga problem (och har aldrig gjort det) varken för primärvårdspersonal eller befolkning. Hotande köer måste förebyggas genom en god organisation och att inte åta sig mer än vad resurserna medger. Jämför Spri-projektet "Löpande vårdplanering" - bilaga 7. Primärvården i Lerum befann sig då, i mitten av 1970-talet, i kraftigt underläge vad gällde resurser men hade samma servicemål som nu med lättillgänglighet. LEON-principen gällde d v s sjuksköterskan, som primärvårdens lägsta effektiva omhändertagandenivå, var den viktigaste resursen.

De primära problemen finns och kommer att uppstå på basenheten. Det är därför viktigt att satsa på vårdcentralens arbetsformer och personalens utveckling, inte minst ledningens."

Förslag till problemlösningar

"De viktigaste förslagen till förändring mot nuläget kan sammanfattas enligt nedan.

Effektivitet kan inte åstadkommas med orealistiska resurser, vilket hittills varit primärvårdens dilemma. Den första åtgärden borde varar att tillföra de resurser (framför allt allmänläkare) som många anser vara nödvändiga för att ge primärvården en chans till måluppfyllelse. Det innebär att närma sig en läkartäthet på en specialistkompetent allmänläkare per 1.500 invånare.

En ökad läkartäthet i primärvården kommer att ge en "normalare" fördelning mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare jämfört med övriga Europa. Ökad läkartäthet kan ge en effektivare primärvård."

En effektivare primärvård innebär bl. a. att

- satsa på att motivera personalen till engagemang i vårdcentralens service till befolkningen. Kan göras genom att ge "morötter" för vad ledningen tycker är viktigt. Exempel på viktiga uppgifter kan vara ökat antal hembesök, nya former för arbetet på vårdcentralen som ökat teamarbete, ökad gruppbehandling.
- låt befolkningen få närservice på kvällar och lördagar.
- bygga upp en sjukvårdsupplysnings-/rådgivningsfunktion på vårdcentralen dagtid och vid centrallasarettet nattetid. Telefontillgänglighet och rådgivning per telefon ger god och effektiv service till befolkningen. Detta innebär att vårdcentralens primära omhändertagande av vård sökande måste ses över.
- låta sjukhusspecialister bli konsulter på vårdcentralerna, personligt och genom telemedicinsk teknik.
- en optimal fördelning av tid på olika uppgifter kommer att öka effektiviteten och minska utbrändheten av personalen.

- ledning och politiker måste efterfråga kvalitet i vården och inte bara kvantitet.
- personalen måste kunna redovisa måluppfyllelse och informationssystemen hjälpa dem att mäta detta.
- vårdprogramarbetet måste intensifieras på vårdcentralerna. Vårdprogram ökar effektiviteten i vården.
- tid måste ges för dessa kvalitetsuppgifter liksom för kompetenshöjande utbildningsinsatser.
- undvika att bränna ut personalen. Utbränd personal ger dålig vårdkvalitet.
- IT måste införas som stöder vårdprogram och kvalitetsuppföljning, lika väl som vårdkedjesamverkan.
- primärvård och primärkommunal vård måste samordnas bättre. Detta innebär inte att primärvården måste övergå i primärkommunal regi.
- satsa på ST-läkare. De är en bra resurs nu och för framtiden.
- ge morötter till de läkare som deltar som utbildare på olika nivåer.
- skapa bättre läkararbetsmiljö bl a genom att ge möjlighet att arbeta med hela rollens varierande innehåll dvs ges tid till detta.
- satsa på efterutbildningsaktiviteter, Det ger bättre vårdkvalitet och "bättre" allmänläkare och distriktssköterskor.
- organisera primärvården "botten upp" dvs låt basenheten få stort egenansvar. Inför lednings- och samordningsansvar för övergripande uppgifter där samverkan behövs med andra vårdenheter.
- lokalerna utnyttjas bättre med fler läkarteam - längre tid (på kvällar och lördagar). Detta ger relativt lägre lokalkostnader per vårdinsats. Det ger också bättre patientservice och minskad jourproblematik.
- satsa på IT-utveckling. Det kan ge många positiva effekter t ex minska (i stället för att öka) patientadministrativa arbetet, öka utvärderingsmöjligheterna, ge bättre kommunikation mellan befattningshavare (vårdkedjor, telemedicin)

Organisationsförändring

"Här förutsätts att primärvården kvarstår i landstingskommunen och inte övergår till primärkommunerna. Det finns många fördelar med att landstinget har kvar primärvården som bl. a. att det möjliggör

- att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård på lika villkor
- kommunernas mycket olika storlek, resurser och attityder ger i sig ojämlikhet
- högre kvalitet i vidareutbildningen och fortbildningen p g a större resurser
- samordning av utbildningsinsatser i nära samverkan
- bättre samordning med sjukhusens vård
- journalsamverkan och sjukvårdsupplysning
- vårdkedjesamverkan

Den nuvarande ledningsorganisationen för primärvården kommer dock inte att vara effektiv i ett stort västsvenskt landsting. Mer än tre övergripande nivåer i ledningsorganisationen, förutom basenhetscheferna, blir ineffektivt. Därför bör den nuvarande nivån i t ex Mittennälvsborg utgå eller snarare övergå i en primärkommunal nivå. Ledningsnivåernas är samordnare av viktiga funktioner. De bör få mycket definierade ledningsfunktioner. Basenheterens chefer skall i princip ha hela ledningsansvaret för driften av sina enheter. Erfarenheterna i nuvarande organisation är goda av det totala, lokala driftsansvaret.

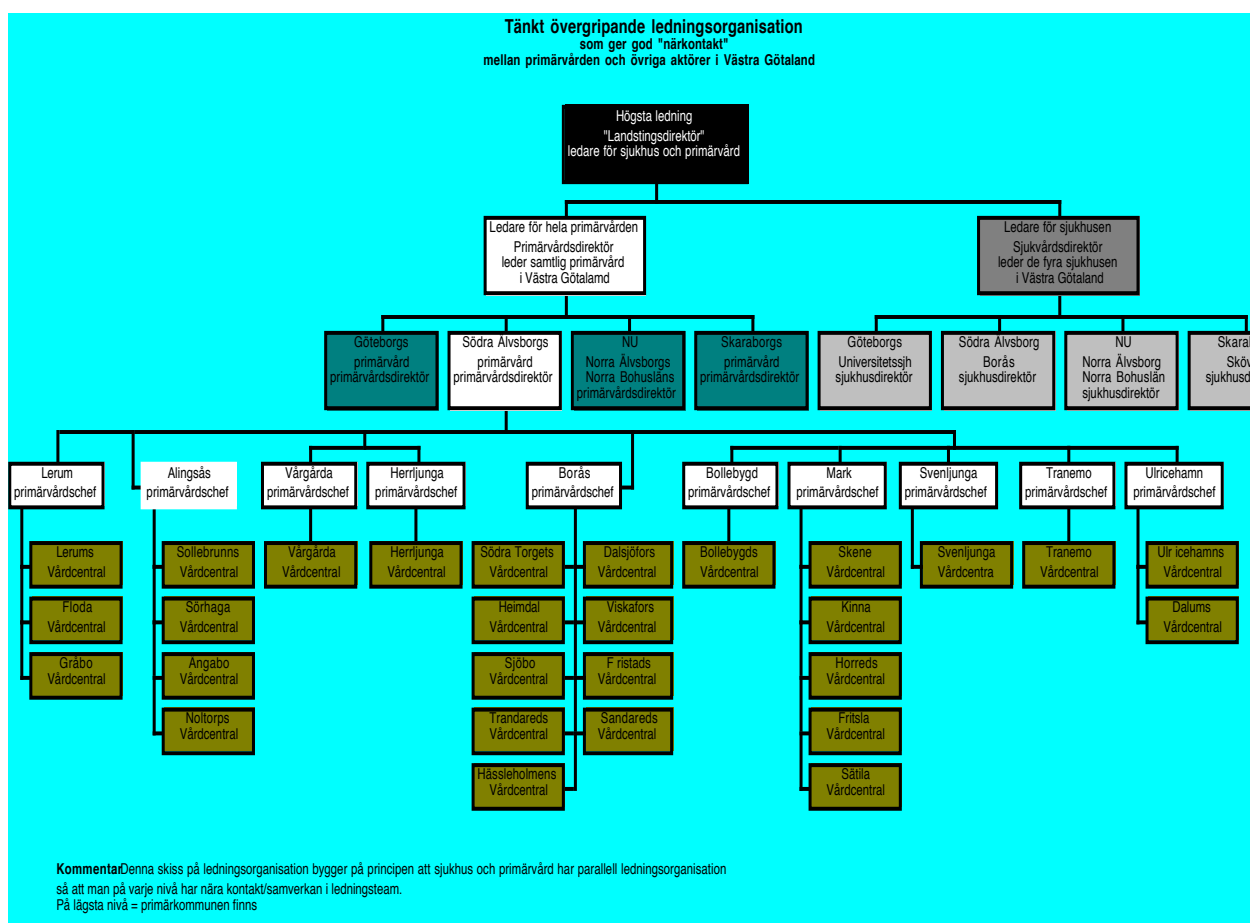
Nivå 1. Central regional ledning/samordning bör finnas nära den politiska ledningen och den övergripande sjukhusledningen. Den centrala ledningen bör enbart ge och tolka mål och ramar för primärvårdens verksamhet i stort. Huruvida denna funktion bör finnas eller ej beror på hur den översta nivån utformas.

Nivå 2. Mellanledning/samordning på sjukhusområdesnivå. En ledningsfunktion på denna nivå skulle ge en angelägen möjlighet för nära samverkan mellan sjukhus och primärvård, vilket är nödvändig för att lösa problem inom jourtjänsten, vårdkedjearbetet och hemsjukvård/ sjukhemsvård. Den kan också ha det direkta samarbetat med nivå 1 för att kunna överföra de beslut som politikerna tar. Ledningen på denna nivå kan ha god kunskap om kommuner och basenheter. Den behövs för att samordning och information mellan enheterna. Den behövs också för att organisera och leda fortbildning och utbildningstjänster. Nära samverkan med den lokala vårdhögskolan förutsätts vad gäller både utbildning och forskning, utvecklingsarbete d v s FoUU.

Nivå 3. En primärvårdsledning/samordning på primärkommunal nivå är nödvändig för att få en god samverkan på den nu och i framtiden viktigaste primärvårdsnivån. Lerums primärvård har upplevt en mycket positiv period av primärvårdsledning på denna nivå. Ledningen kunde representera i många av kommunens tjänstemannanivåer och därigenom direkt ge primärvårdsaspekter. Denna ledningsnivå måste få stora befogenheter att fatta decentrala beslut om samarbetet primärvård-kommun om detta skall fungera bra. Man kan också samordna de olika vårdcentralerna och stimulera dem till måluppfyllelse. Ledaren/samordnaren kan/bör vara en av vårdcentralcheferna i kommunen. Ledningarna på denna nivå bildar ledningsteam inom nivå 2.

Basenhetsledning/vårdcentralchef. Basenheten har under de gångna åren utvecklats till mycket självständiga driftsenheter med eget kostnadsansvar. Detta är positivt och får inte raderas i en ny organisation. I princip skall vårdcentralchefen ha allt ledningsansvar som inte som inte definieras tillhöra en högre samordnande funktion enligt ovan.

Ett organisationsschema enligt nämnda principer exemplifieras med enheterna i södra Älvsborg.



Primärkommunalt huvudmannaskap?

Skulle man välja att låta primärvården, trots motstånd mot det, övergå i primärkommunal regi måste de samordningsfunktioner som ovan beskrivits under nivåerna 1 - 3 tillskapas. Dessutom måste det finnas någon instans som kontrollerar att primärvården kan ge lika vård på lika villkor i regionen. Det senare måste vara mycket svårt att få tillstånd med primärkommunens självbestämmanderätt. Spåren av Ädelreformen är hotande och illavarslande i sammanhanget. Vårdkulturen är helt annorlunda primärkommunen mot den primärvården är vand vid, vilket kan bli ett problem. Vad som ovan angetts som positivt för att vara kvar under landstingskommunalt huvudmannaskap är negativa faktorer vid ett primärkommunalt övertagande. Dock är

*vårdkedjesamverkan ett undantag i sammanhanget. Likaså skulle den kommunala
hemsjukvården få ett naturligt stöd av primärvården.*

MOT NÄRSJUKVÅRDSBEGREPPET – AVSLUTANDE DISKUSSION

Anders Anells sammanfattning som kan användas som underlag för diskussioner.

Slutsatser

- Politiska ambitioner som inte infriats. Hopp och förtvivlan bland allmänläkarna.
- Revirstrider med andra läkarspecialiteter. Lägre förtroende för allmänläkare gjort att man sökt sjukhusmottagningarna.
- Organisation och uppdrag varierat över tiden. Det råder osäkerhet om framtiden. Närsjukvården. Protos
- Brytningstid nu för primärvården. Vad kommer att hända?

Nya förutsättningar

- Snabb medicinsk utveckling.
- Ansvar för vård av kroniskt sjuka till primärvården.
- IT-utveckling möjliggör fler insatser decentralt.
- Krav på bättre arbetsmiljö. Fler allmänläkare vill arbeta deltid och är kvinnor.

Bättre med primärvård som första kontakt?

- Hårda bevis saknas.

Primärvårdsmodeller

Två skilda ansatser med flera alternativ för hur primärvård kan bedrivas.

- Den professionella ansatsen
 - Allmänläkaren ersätts per besök
 - Allmänläkare har ansvar för listade patienter med komb. fast erättning och besöksersättning.
- Samhällsansatsen. Med ansvar befolkningens hälsa i ett visst geografiskt område. Fast anslag. Vårdteamet den viktigaste resursen snarare än den enskilde allmänläkaren. Beroende av tillgängligheten under dygnet definieras två modeller
 - En integrerad modell, samverkan med sjukhuset
 - En icke-integrerad modell med tillgänglighet dygnet och veckan runt.

I en Canadensisk studie konstateras att ingen av modellerna är optimal i alla avseenden. Om det är effektivitet, låga kostnader, kontinuitet, jämlikhet och kvalitet som prioriteras ska i första hand en integrerad samhällsmodell väljas. Om det istället är tillgänglighet och lyhördhet som är viktigast utgör någon av de professionella modellerna ett bättre alternativ.

Primärvårdens ansvar

Teoretiskt ska primärvården och allmänläkare vara befolkningens förstakontakt och det ska finnas begränsningar att söka andra specialister utan remiss (grindvaktsfunktion). Det innebär att försöka leva upp till befolkningens önskemål om bra vård snarare än att tillgodose finansiärernas krav på begränsningar i resursanvändningen.

Om befolkningen träffar allmänläkaren i större utsträckning kan ett ömsesidigt förtroende byggas upp. Läkarens goda kunskap om olika specialisters positiva eller negativa egenskaper kan utnyttjas av och komma patienten till godo. Det kan alltså vara lämpligt att låta befolkningen välja sin primärvårdsorganisation och allmänläkare.

Om primärvården får kostnadsansvar för specialistvården efter remiss skapas vilja att minimera antalet onödiga remisser. Samtidigt kan kostnadskontrollen tränga ut patientens intresse av så bra vård som möjligt.

Ersättningsprinciper

- Varje ersättningsprincip har sina konsekvenser. Oavsett utformning ställs krav på en kompletterande styrning och uppföljning från finansiärens sida.
- Den vanligaste rekommendationen är ett blandat inslag av fast ersättning per individ och ersättning per besök. I ökad omfattning föreslår dessutom litteraturen målrelaterade ersättningar för verksamheter som inte direkt efterfrågas av befolkningen, t.ex. förebyggande insatser.

- En nyckelfunktion är att finansören först definierar ansvaret för primärvården och dess relation till befolkningen och vårdsökande patienter. Först därefter kan ersättningsprinciper som ger stöd åt detta ansvar utformas.

Strategier för framtiden

- Det går att utveckla primärvården mot ett listningsystem men det går också att utveckla primärvården mot ett breddat innehåll med bibehållet geografiskt befolkningsansvar. Man kan tänka sig att det ges möjligheter att lista befolkningen hos en primärvårdsorganisation snarare än hos en enskild läkare. Det är också möjligt att experimentera med olika ersättningsformer.
- Det är inte självklart åt vilket håll primärvården bör utvecklas. Vissa lösningar bör undvikas men kunskap finns inte för att lyfta fram någon enskild primärvårdsmodell som allra bäst. Preferenserna för olika modeller varierar bland intressenterna . även bland allmänläkarna och befolkningen.
- En rimlig strategi kan vara att ”godkänna” flera modeller att existera parallellt. Om olika lösningar tilläts har både vårdpersonal och befolkning bättre möjlighet att välja den lösning som passar dem själva bäst.
- Befolkningens val bör begränsas till modeller som är förenliga med hälso- och sjukvårdens och primärvårdens målsättningar. I princip kan två sådana primärvårdsmodeller identifieras. Den ena modellen är primärvård med bred kompetens, där individen väljer att lista sig hos organisationen eller teamet. Den andra modellen är att individen får lista sig hos enskild allmänläkare. Det finns en mängd varianter på dessa modeller. För båda modellerna bör det ställas krav på 24 timmars tillgänglighet av allmänmedicinsk diagnostik och behandling samt integration med övriga vårdgivare. Det finns skäl att som i dagens hälso- och sjukvård generellt undanta vissa specialiteter från krav på remiss.
- Upphandling av olika modeller bör ske i två steg. I första steget upphandlas ”godkända” alternativ. Ett andra steg utgår från befolkningens val. De som inte aktivt väljer att lista sig kan tilldelas en lösning baserad på geografisk närhet.
- Ett argument mot individuella val är att det ger fördelar för resursstarka individer gentemot de svagare grupperna. Finansören bör aktivt arbeta med systematisk uppföljning av vårdgivares kvalitet och ge information som stöder individens val. Man kan tänka sig särskilda ombud till hjälp och stöd till individer med särskilda behov. Och stöd i de fall patienterna är missnöjda med vården.
- Ett kontrakt mellan befolkning och hälso- och sjukvården bör kunna utgå från primärvården snarare än från det lokala sjukhuset. Ett sådant kontrakt är angeläget för att stärka motivationen hos dem som ska arbeta i den framtida primärvården.

EPILOG

En fundering: Det verkar som om varje generation måste göra sina misstag!

*Det enda vi lär oss av historien
Är att vi ingenting lär oss.*

TABELLER

BEFOLKNINGSSIFFROR FÖR LERUMS KOMMUN

Se också <http://www.lerum.se>

Befolkningsförändring 1994–2004

År (31/12)	Antal Folkmängd	Födelse- överskott	Flyttnings- överskott	
			M	Kv
1994	34 550	259	127	122
1995	34 610	175	-79	-35
1996	34 775	193	-29	2
1997	34 805	119	-93	4
1998	35 064	136	-11	5
1999	35 116	120	-74	2
2000	35 214	120	5	-21
2001	35 322	132	-33	9
2002	35 558	160	1	70
2003	35 890	108	55	178
2004	36 224	203	85	48

Folkmängd 31 december 2004

Ålder	Procentuell fördelning Kommunen			Riket		Tot
	M	Kv	Tot	M	Kv	
0–6	9	9	9	8	7	7
7–15	16	15	15	12	11	12
16– 19	6	5	6	5	5	5
20–24	5	4	4	6	6	6
25–44	25	26	26	28	26	27
45–64	27	27	27	27	26	26
65–79	10	10	10	11	13	12
80–	3	4	3	4	7	5
Totalt, %	100	100	100	100	100	100
Antal (1000)	18	18	36	4 466	4 545	9 011

Förtidspensionärer 2004

	Andel (%) av alla i resp. ålder		
	Män	Kvinnor	Totalt
Kommunen			
55–59 år	14	19	16
60–64 år	20	32	26
20–64 år	7	12	9
Riket			
55–59 år	16	24	20
60–64 år	25	35	30
20–64 år	8	12	10

Inklusive deltidspension och sjukbidrag

Barnomsorg 2004

Inskrivna barn	Kommunen		Riket
	Antal	%	%
Förskola, 1–5 år	1 755	77	76
Fritidshem, 6–12 år	1 746	44	43
Familjedaghem, 1–5 år	217	10	7
6–12 år	0	0	1
Förskoleklass, 6 år	452	94	95

Andel (%) av alla i respektive åldersgrupp

Äldreomsorg 2004

Andel (%) av alla i resp. grupp
Kommunen Riket

	Kommunen		Riket	
	M	Kv	M	Kv
Hemtj. i ordin. boende	4	7	6	10
Särsk. boendeformer	5	9	5	8
Färdtjänstillstånd * Avser 65 år och äldre	10	24	13	25
				* 2003