

# POLITIKER- OCH TJÄNSTEMANNAORGANISATIONEN

## Centralisering/decentralisering

Under 1970-talet kom ansvaret för hälso- och sjukvården att alltmer decentraliseras från statsmakterna till landstingen. Älvsborgs läns landsting beslöt att successivt bygga upp en ny sjukvårdsorganisation med decentralisering av både den politiska och den administrativa ledningsorganisationen. Från 1 mars 1972 indelade man sjukvårdsområdet i två distrikt, det norra respektive det södra sjukvårdsdistriktet. Varje distrikt leddes av en direktion som fick fullständigt driftsansvar för all hälso- och sjukvård i distriktet. Man fick ledningen och ansvaret för den i distriktet förekommande provinsialläkarorganisationen, barnmorskeverksamheten, dispensärverksamheten, distriktsvården samt mödra- och barnhälsovården.

Den politiska direktionens högsta tjänsteman, sjukvårdschefen skulle vara en läkare. Den förste sjukvårdschefen i södra distriktet med placering vid centrallasarettet i Borås var Arne Aldman. Sjukvårdsverksamheten indelades i block som leddes av blockchefer. De senare skulle vara läkare då man trodde att en läkare som chef lättare skulle kunna förstå verksamheten och hålla nere de stigande kostnaderna för vården.

Den öppna vården hade tidigare central administration i Vänersborg för hela landstinget. Handläggare var Märta Andreasson, Annie Andersson och Agne Svensson. Primärvården fick efter många diskussioner och viss tveksamhet från centralt håll egna block med blockchefer, blockföreståndare och primärvårdsadministrativa resurser.

Primärvårdsblocket växte snabbt och det administrativa ansvaret delegerades till distriktsöverläkare och primärvårdsföreståndare i fyra områden varav Mittenälvsborg var ett. Man försökte göra vårdcentralerna så mycket självstyrande som möjligt. Styrmedlen var målstyrning med regelbunden gemensam information (blockmöten), gemensamma regelverk och förstås budgetramar.

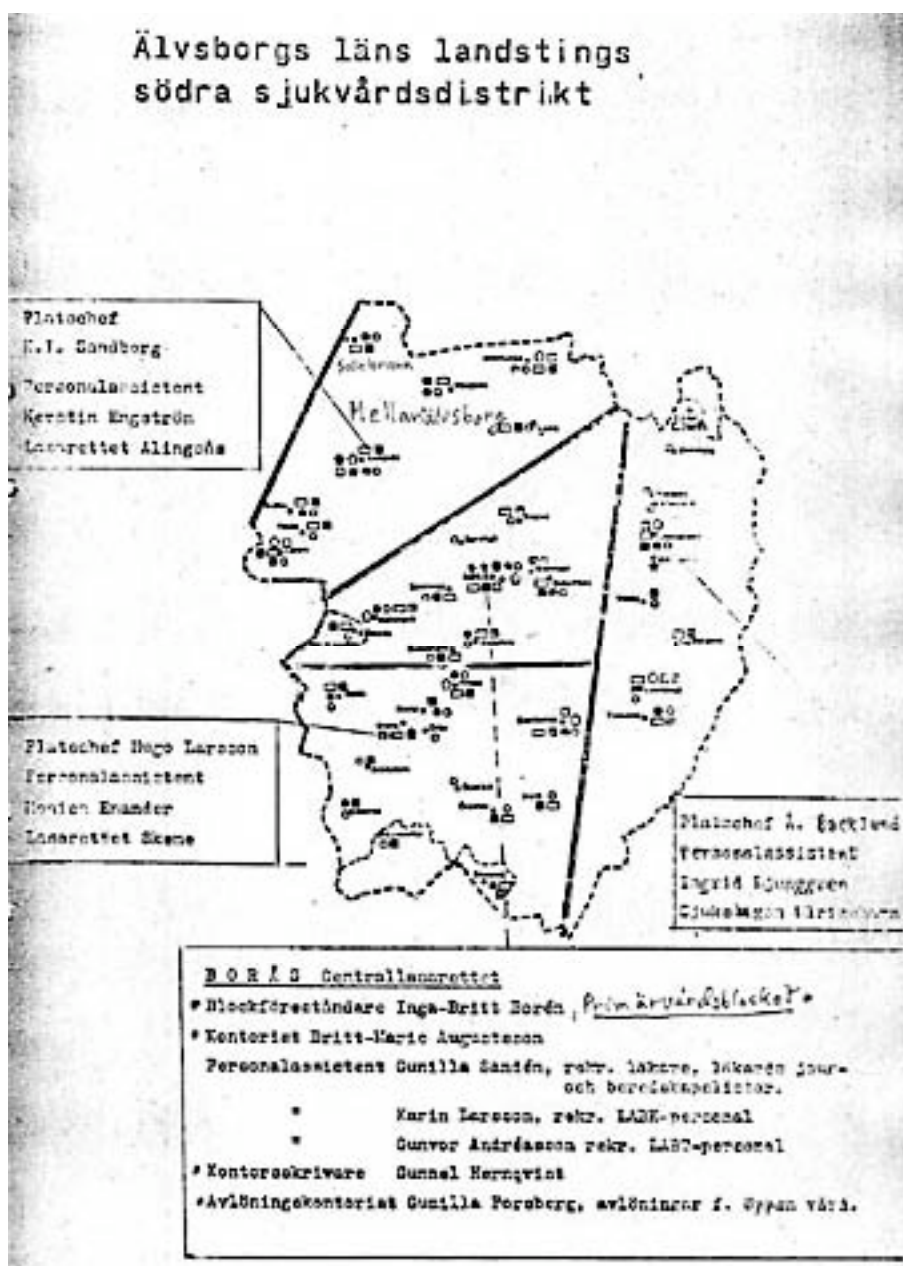
Vårdcentralernas verksamhet påverkades knappast. På vårdcentralerna utsågs chefer som också var läkare, och avdelningsföreståndare som var sjuksköterskor. De hade att överföra blockledningens intentioner och genomföra vården på effektivaste sätt inom ansvarsområdet – inte alltid så lätt.

### **Ulla Sandvall; Lerums vårdcentral, beskriver utvecklingen:**

*“1980 – 1990-talen var omorganisationernas och förändringarnas tid. Från blockorganisation med administration placerad i Borås blev Lerums kommun 1986 eget primärvårdsområde med Primärvårdschef och kansli. Primärvårdens ansvar omfattade förebyggande vård, distriktssjukvård, äldrevård, barnhälsovård, mödrahälsovård, distriktsjukgymnastik och arbetsterapi. I samarbete med kommunen hade distriktsläkarna ansvar för skolhälsovård och alkoholpoliklinik. De tre vårdcentralerna i Lerums kommun hade var sin chef och föreståndare*

*I den politiska organisationen fanns en nämnd för primärvårdsfrågor med ett Presidium på två - tre politiker. Denna organisation fanns kvar fram till 1994 då Västra Götalands Regionen började byggas upp. Primärvårdens karta förändrades Södra Älvsborg blev ett eget primärvårdsområde. Mittenälvsborg med de fyra kommunerna fick nu (2005) en gemensam nämnd..”*

## Distriktsindelning i Södra Älvsborg 1972 – med central administration



### Lerum blev eget – i en decentraliserad organisation

En decentralisering av verksamheterna ansågs bidra till beslut närmare befolkningen och därmed en demokratisk uppföljning av de mål som man ställde upp inom hälso- och sjukvårdslagen ram. Landstinget i Älvsborg delades upp i länssjukvård och primärvård – två länssjukvårdsområden och tio primärvårdsområden 1986, där varje område leddes av en politisk nämnd. Initiativet till den nya organisationen var en motion från centerns landstingsgrupp. Vid landstingets sammanträde, den 20 mars 1984, beslutades enligt förslaget, d v s att de hälso- och sjukvårdsdirektioner som tidigare funnits skulle upphöra i och med 1985 års utgång och ersättas av två länssjukvårdsnämnder samt primärvårdsnämnder.

Beslut och verksamhet skulle närma sig varandra genom att varje primärvårdsområde fick en egen politisk nämnd. Varje nämnd hade att leda och utveckla verksamheten efter uppsatta mål och inom den ekonomiska ram som landstinget beslutat.

Vid sammanträdet i maj 1984 lades formerna fast och vid sammanträdet i oktober 1984 fastställdes antalet ledamöter respektive suppleanter i primärvårdsnämnderna samt att kanslierna skulle utlokaliseras.

Paragraf 189, landstingets protokoll 25/9 1984:

*Behandlades åter frågan om förslag till landstinget om ny sjukvårdsorganisation med länssjukvårdsnämnder/primärvårdsnämnder om indelningen i primärvårdsområdet, lokalisering av primärvårdskansliet i respektive områden samt ledningsorganisation.*

*Under överläggningen yrkade Lars Olsson och Stig Frendberg att förvaltningsutskottet skulle föreslå landstinget besluta att primärvården skall indelas i tio primärvårdsdistrikt nämligen Dalslands, Vänersborgs, Trollhättans, Lilla Edets, Ale, Lerums, Alingsås, Borås, Marks och Ulricehamns primärvårdsdistrikt.*

Genom Bengt Dahlin vet vi att det inte var allom givet att just Lerum skulle få en egen administration. Men så blev det.

## **Vården skulle komma närmare befolkningen**

I och med att primärvården expanderade kände även politikerna behov av den decentraliserade organisationen. Ärendena kändes ligga alltför långt från verkligheten. Lerum blev ett av de primärvårdsområden som omfattade endast en primärkommun. Det gav stora möjligheter till närmare samverkan mellan kommunens olika verksamheter och primärvårdens. Också folkvandvården inlemmades i organisationen.

Vårdcentralerna var själva centralpunkten för kontakten mellan människorna i samhället och vården. Det nya var att vårdcentralerna nu skulle få ett självständigt ansvar för fördelning av resurser och administrativa rutiner. Även medicinskt skulle vårdcentralerna få ett informationsansvar. Det var alltså den politiska bakgrunden till att primärvårdskansliet den 1 januari 1986 flyttade in i lokalerna i kommunhuset i Lerum.

Redan under hösten 1985 sattes den nya primärvårdschefen Gunnar Palmqvist i arbete med att forma kansliet och dess funktioner. Kerstin von Sydow anställdes som ekonomichef. Harry Lindblad blev personalchef, Solweig Kärman primärvårdsföreståndare och Anita Glantz, då Harling, hälsoplanerare, Anita Adolfsson delade kansliets personalassistenttjänst med Inger Bäckström. Birgitta Elfström anställdes som ekonomiassistent. Som kansliassistent anställdes Ulla Wessman. Hon efterträddes 1989 av Åsa Ericson. Ett år efter kansliets bildande kom Birgitta Klintberg från Alingsås lasarett i och med att löneadministrationen flyttades till Lerum. Bengt Dahlin var knuten till staben som distriktsöverläkare. Det fanns också en distriktsövervårdsläkare, Carl-Henrik Bratt.

## **Primärvårdsnämnden i Lerum**

Ann-Mari Törnell, ordförande i Lerums primärvårdsnämnd, var med från starten 1986. Kansliet, med chefen Gunnar Palmqvist, fanns redan på plats när politikerna trädde till den 1 januari 1986. Här citeras ur en intervju med henne på den tiden.

– Jag har alltid varit väldigt intresserad av primärvården, sade hon. Jag trodde på en sjukvårdsmodell där så mycket som möjligt sköts om nära befolkningen.

Ann-Mari, centerpartist, var också med i landstingsstyrelsens personalutskott. Under åren hade hon lärt sig mycket om sjukvård. Hon arbetade dock inte själv inom området, utan med arbetsmarknadsfrågor.

# Primärvårdsnämnden i Lerum



Pia Pamp (m)  
LERUM  
tel. 0302-131 63



Sven Lilljebjörn (m)  
LERUM  
tel. 0302-134 51



Ann-Marie Törnelli (c)  
ordf.  
LERUM  
tel. 0302-10272



Beate-Charlotte Hammar  
(fp)  
FLODA  
tel. 0302-301 17



Arne Hedenskog (s)  
vice ordf.  
FLODA  
tel. 0302-306 05



Roger Kihlberg (s)  
SJÖVIK  
tel. 0302-431 91



Birgitta Jonsson (s)  
LERUM  
tel. 0302-164 28

Primärvårdsnämnden i Lerum består av sju ledamöter. Majoriteten har de borgerliga partierna med fyra ledamöter medan socialdemokraterna har tre ledamöter.

Primärvårdsnämnden har det politiska ansvaret för primärvården i Lerums primärvårdsdistrikt.

Primärvårdsnämnden fattar beslut i alla de frågor som rör primärvården och har en egen budget och svarar för ekonomisk planering av verksamheten.

---

Om Du har några frågor om primärvården kan Du vänta Dig till de förtroendevalda i primärvårdsnämnden eller till Primärvårdskanaliet i Lerum, Brobacken 3, 443 01 Lerum. Tel. 0302-552 95.

---



Primärvården  
i Lerum

– Ingen av de fem ordinarie nämndledamöterna var i sjukvårdsyrket, sade hon. Det var bra! Vi täckte andra nischer i samhället. Och det var ett lagom område för en lekman att greppa. Under en mandatperiod hade man en rimlig chans att lära sig verksamheten. För Ann-Maris del blev det tre mandatperioder med primärvården.

– Kommunikation och lagarbete var ledord hela tiden. För att kunna fatta bra beslut måste det finnas en öppen dialog. Man måste ta kontakt med dem det berör. Nämnden var heller inte större än att man kunde ta underhandskontakter. Det var bättre att fundera över en fråga ett varv

till än att klubba igenom dåliga beslut. Hon tyckte att utvecklingsklimatet gjorde det särskilt intressant att arbeta i Lerum. Själva samarbetet med kansliet var mycket positiv, ansåg Ann-Marie. Hennes närmaste person sedan Gunnar Palmqvist, den förste primärvårdschefen i Lerum, slutat var Kerstin von Sydow, som efterträdde Palmqvist. Hon hörde alltid av sig när hon behövde diskutera någon fråga. – Men hälsan tiger still, brukar det ju heta, sade Ann-Mari Törnell apropå kontakterna med primärvårdskansliet.

– När det var stora frågor eller bekymmer av olika slag och vi hade täta kontakter och långa resonemang. Andra tider hördes vi inte av lika ofta.

– Och jag försökte i min tur stämma av de frågor vi hade med Kerstin. Hon var en talang som arbetsledare. Dessutom hade hon detaljkunskap om ekonomin. Hon kunde göra snabba kalkyler och överslag på sittande möte och visste då handgripligt vad vi hade att röra oss med.

Om nämnden ville ha en viss service, kanske behövde få ta fram ett underlagsmaterial snabbt, eller haft åsikter om något, var det aldrig några sura miner.

– "Vår vilja - deras lag" – det genomsyrade verksamheten på ett suveränt sätt. Samtidigt tyckte jag inte att den ena satt sig på den andra, varken tjänstemän, politiker eller politiker-politiker.

Ekonomin, de ständiga sparbetingen, var jobbiga. Men lojaliteten hos de anställda var stor. Oftast togs egna initiativ för att spara. Det är sådana extra "överkurser" som gjorde det gänget unikt och organisationen stark. – I den nya organisationen funderade jag faktiskt på om vi blev för starka i Lerum.

Viktiga händelser under denna tid. – Det var så mycket. Att vi fick specialistläkare några timmar i veckan till vårdcentralen i Lerum var något man kunde jobba ihjäl sig för. De satt fast som cement på lasaretten. I och med den gränslösa sjukvården blev det plötsligt mer intressant att utlokalisera dem, ekonomiskt sett. Det blev billigare att behandla patienter inom det egna länet i stället för att skicka dem till Göteborg. – Det var lite grand som "Mohammed och berget". En seger även om det var jobbigt att genomföra. Och då menar jag själva genomförandet; det pionjärarbete, som det faktiskt var att knyta ihop två olika kulturer, länssjukvård och primärvård.

En annan sak Ann-Marie var lite stolt över var att Lerum blev föregångare när det gällde att få ner kostnaderna för barnens uteblivna tandvårdstider.

– Vad som helst är ju roligare för en unge än att gå till tandläkaren. Där stod vi med personalen och inga barn alldeles för ofta. Vi fick börja ta betalt. 50 kronor kostade det att glömma. Det låter kanske tufft, men det var också dåraktigt att stå med höga kostnader för inga behandlingar, hävdade Ann-Mari. Det blev också en markering – att tandvårdspersonalens arbete är viktigt.

– Trots allt är verksamheten viktigast! Och inte minst den förebyggande.

Att förebygga sjukdom är klok politik. Men svårare än man kan tro, konstaterar Ann-Mari. Det är ett segt och tålmodigt arbete och resultaten märks sällan med detsamma.

Men hon tyckte att primärvården vunnit mark och pekade på ett av projekten, ett för arbetslösa, där kommun, arbetsförmedling, försäkringskassa och primärvård drog åt samma håll.

– Det är så det ska gå till, sade hon. Primärvården i Lerum har gjort sig känd - en faktor att räkna med. – Vi hade gott renommé!

## **Nya lokaler**

Efter två år i kommunhuset började man se sig om efter nya lokaler. Det nya kontors och affärshuset vid Åsenvägen började byggas och primärvårdskansliet höll sig framme.

Personalen fick gemensamt möjlighet att utforma lokalerna på andra våningen efter egna behov. I kontrast till kommunhusets korridor blev det här i stället ett "torg" med bibliotek med tidskrifter och böcker i ämnet hälsa/sjukvård i mitten och arbetsrum runt om. I ena hörnet fanns ett stort sammanträdesrum, i det andra trivsamma personalutrymmen. Här fanns också plats för utvecklingsenheten och dess medarbetare. Det hela präglades av ljus och luftighet i färgval och inredning. Första mars 1988 flyttade primärvårdskansliet in. Arbetsmiljön blev bättre och prislappen på hyran lägre. Inom huset samsades man med såväl en el- och en budfirma samt en present- och antikvitetsaffär.

## **Sparbeting medför ny flytt**

Kan vi spara mer på administrationen och sänka våra totala kostnader blev frågan. När man till slut fattade beslutet om att flytta till en hörna av den moderna byggnad som vårdcentralen utgör våren 1992 var det också ett sätt att närma sig verksamheten rent fysiskt. Endast en glasdörr skiljer kansliet från vårdcentralens barnmottagning. Det kändes också bra att visa att även vi kunde maka ihop oss i besparingstider, sade Kerstin von Sydow efter några år i de nya lokalerna på Vårdcentralen. Här var det mer korridorkänsla där medarbetarna har sina rum i fil på höger sida. Små moduler för var och en med plats för skriv- och datorbord, pärmhylla samt besöksstol. Birgitta Klintberg och Inger Bäckström delade rum. På vänster sida i korridoren finns ett kopiator- och materialrum. Längst in finns en pytteliten hörna för fika. Ett sammanträdesbord har Kerstin von Sydow i sitt rum. Även om utrymmena inte var så stora var de dock trivsamma. Dessutom har vårdcentralen en stort personalrum som också kansliets personal kunde utnyttja för fika, lunch och samvaro.

## **Förändringar på personalfronten**

Även på personalfronten skedde förändringar genom åren. Gunnar Palmqvist avgick 1989 och efterträddes som primärvårdschef av Kerstin von Sydow. Någon ny ekonomichef anställdes inte eftersom Kerstin kunde förena ekonomiuppgifterna med chefskapet. Anita Adolfsson blev hälsoplanerarens sekreterare och resursperson för FoU-enheten. 1992 blev Solweig Kärman hälsoplanerare efter Anita Glantz som övergick att arbeta med begränsade uppdrag inom personal- och organisationsområdet. Kanslisekreterare hade tidigare varit Ulla Wessman och Åsa Ericson. På grund av besparing 1992 drogs två tjänster in. Det gällde personalchef Harry Lindblad och ekonomiassistent Titti Tindvall.

Att man blev färre på kansliet innebar att trycket på var och en var stort. I samtal med personalen framkom att alla kände stort ansvar. Det är svårt att vara borta från arbetet - ingen kunde rycka in och utföra en annans arbetsuppgifter var en vanlig kommentar.

Samtidigt blev sammanhållningen stor. Man fungerade som ett team och kände i viss mån till varandras arbetsuppgifter.

Ekonomi, de ständiga sparbetningen, var jobbiga. Men lojaliteten hos de anställda var stor, sa Ann-Marie Törnell, primärvårdsnämndens ordförande apropå hur kansliet fungerade.

– Det här gänget är unikt och starkt. – Är det förresten någon som har berättat om våra personalfester inom primärvården? De var jätteroliga. Här fanns så många talanger, både skrivande och musikaliska. Avslutade Ann-Marie Törnell för att ytterligare understryka den goda stämning som rådde inom primärvårdsområdet.

## **Chefs- och stabsfunktioner**

Den nya organisationen innebar nya ledningsfunktioner. Blockorganisationen var skrotad, vilket innebar att blockledningen försvann. Chefen för primärvårdsområdena skulle inte längre vara läkare utan professionella administratörer. Kvar fanns några stabsfunktioner: Distriktsöverläkaren, som blev ledningens läkarrepresentation. En tandöverläkare representerade den till primärvården nu knutna folktandvården. Primärvårdsförestandarna blev också kvar i varje primärvårdsområde.

## **Landstingets ledningspolicy**

”Grönt ljus för nya idéer, egna initiativ och sunt förnuft” heter en skrift som lyfte fram den ledningspolicy för landstinget i Älvsborg, som antogs av landstingets förvaltningsutskott 1986 i samråd med landstingets förvaltningschefer. Ledningspolicyn innebar bl.a. :

- Personalen är landstingets viktigaste resurs och ska därför ges möjligheter att utvecklas. Det är chefens ansvar att stödja och uppmuntra idéer och visioner och erfarenheter som personalen besitter.
- Besluten ska flytta ut så nära verkligheten som möjligt. I stället för att styra med regler i varje detalj, ska kunskap och sunt förnuft få råda. Beslutsvägar ska förkortas för att tiden mellan idé och handling inte ska bli för lång.

- Det ska finnas en öppen dialog för att skapa förståelse för verksamhetens mål, omfattning och kostnader och resurser.
- Det ska finnas mätbara mål, som ska vara realistiska och följas upp.
- Detaljbeslut fattas av de ansvariga ute i verksamheten inom ekonomiska ramar och riktlinjer.
- Chefen måste våga pröva nya sätt att arbeta och ska inte behöva vara rädd för att misslyckas ibland.
- Byråkratin ska minskas och så få beslutsvägar som möjligt ska finnas.
- Vi är till för allmänheten. Vi måste ständigt förbättra vår service, Vi måste ha mål för servicen.
- Det är verksamheten som skall bestämma vilken service man ska ha.
- Administrativa enheter ska göras så små som möjligt.

En satsning på utbildning av chefer på olika nivåer gjordes på bred front. En av dessa var avdelningsföreståndarutbildning för att stärka och utveckla arbetsledarrollen i en decentraliserad organisation för att utveckla vården mot helhetssyn, kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet.

### **Gunnar Palmqvist, primärvårdchef i Lerum**

Bild: GUNNAR PALM QVIST Primärvårdschef

När Gunnar Palmqvist anställdes som förvaltningschef inom Lerums decentraliserade primärvårdsnämnds kansli var han först på plan. Det blev att bygga upp formerna, skaffa lokaler, anställa folk. – Ingenting var förberett. Jag fick börja från scratch. Inte ens nämnden var utsedd så jag jobbade direkt mot landstinget.

Gunnar Palmqvist kom den 1 juli 1985 till Lerum, från Göteborgs sjukvård där han under ett 15-tal år hade sysslat med att bygga upp den distriktssjukvård som då var aktuell.

Ur en intervju med Gunnar Palmqvist:

– Det hade börjat bli kärt i Göteborg. Vi hade redan då börjat känna av de ekonomiska neddragningarna. Älvsborgs läns landsting kändes framåtsyftande, positivt och kreativt. Och det fanns ekonomiska resurser.

En annan morot var att Lerum redan i den gamla organisationen var känd genom sitt utvecklingsarbete på 70- och 80-talen.

– Jag hade genom skrifter och artiklar lärt känna Bengt Dahlin som en föregångare i primärvårdsutveckling. Det arbete de utfört i Lerum var en bra grund att stå på för att utveckla ett förebyggande hälsoarbete.

– Jag upplevde också alltid Lerum som förändringsbenäget. Det var inget stänk och stön inför förändringar.

Uppgiften var att omvandla en organisation från att ha varit stor och hierarkisk till mycket lokalt inriktad. Det var den tid då offentliga sektorn skulle bli mer serviceinriktad och det tog också den nya primärvården till sig. Hälsofrågorna skulle tydliggöras för folk i närsamhället.

Den organisation Gunnar, och så småningom hans medarbetare, byggde upp blev demokratisk till sin karaktär. Den bestod av vårdcentralerna och tandvårdsenheterna i Lerum, Floda och Gråbo. Enheterna fick stora befogenheter. Man försökte göra dem ”självstyrande”. Cheferna fick mandat att vidareutveckla verksamheten. Någon stark distriktsöverläkare behövdes inte.

Gunnar Palmqvist: – Vi gled in i ett mycket aktivt förebyggande hälsoarbete med en stark FoU-enhet. Tyvärr är det sådant som först på stryka på foten i sämre tider. Men om man lyckats sätta sin prägel på att det vid varje vårdcentralsnivå tänks förebyggande kan i och för sig den centrala FoU-enhetens roll tonas ner. Och det fanns en enormt positiv framåtanda. Även om vi klagade och knorrade hade vi en god uppbackning från landstingsledningen.

Gunnar beskrev skillnaden mellan Lerum och Göteborg så att man i Göteborg är duktig på administrativ teknik, att göra saker och ting rätt, men varit dåliga på att förändra och utveckla arbetet. I Älvsborg är det tvärtom. Tiden mellan idé och handling är kort och den administrativa tekniken går lite på känn.

– Det fanns många saker vi utvecklade och det är synd att det inte fanns en bättre koppling in i landstinget med alla nya idéer. Lerum fick hållas lite för sig själva. Man var ofta tidigt ute med förändringar som skulle komma. Men man blir inte profet i sin hemstad



Från sin horisont hoppades Gunnar på en utveckling som förde samman primärvård och primärkommunal verksamhet under ett tak. Han var rädd för följderna om primärvården, på grund av sin ringa storlek, åter lyftes över till länssjukvården och inte längre kunde värna sin primärvårdsprofil.

– Resurserna måste komma kommunens invånare till del. Om vi var duktiga i Lerum och bidrog till minskade vårddagar på Alingsås lasarett så fick Lerumsborna aldrig del av de sparade pengarna. – Det var det som skulle vara poängen: Att man tillsammans hade ett kommunalt befolkningsansvar och bättre kunde fördela de gemensamma resurserna.

1989 bytte Gunnar både arbete och arbetsort. Han blev stadsdelschef i Majorna i Göteborg.

Gunnar: – När ÅDEL-beslutet kom kunde man direkt läsa ut att Lerum aldrig skulle få fortsätta vara ett eget primärvårdsområde i längden. Eftersom jag bor i västra Göteborg var det tillräckligt långt att pendla till Lerum och man kunde mistänka att det skulle bli Vänersborg en dag.

## **Kerstin von Südow**

BILD: KERSTIN VON SYDOW Primärvårdschef

Kerstin von Sydow anställdes som ekonomichef när den nya primärvårdsorganisationen bildades. Kerstin: – Gunnar arbetade med det organisatoriska, jag med ekonomin. Det var en utmaning och det var roligt. När Gunnar Palmqvist försvann 1989 tog Kerstin över hans arbete.

– Men inte hans ledarstil. Jag har haft min egen. Och Kerstin von Sydow trivdes lika väl med sitt nya arbete som primärvårdschef.

Kerstin deklarerade i en intervju: – Jag tror på det nära ledarskapet. Lerums primärvård är precis lagom stort för det. Det är överblickbart.

– Det var sex verksamhetschefer och jag som utgjorde ledningsgruppen. Det fungerade utomordentligt bra.

Sedan 1989 kombinerade hon sina kunskaper i ekonomi med chefskapet för Lerums primärvård och tyckte att det fungerar bra. Fördelen var att hon kände att hon hade greppet även om ekonomin.

Kerstin: – Chefsjobbet är oerhört omväxlande. Ingen dag liknar den andra och alla är för korta, sade Kerstin med ett leende.

– Sen var det klart att det var mycket möten och tragglande också. Men en stor fördel var att det var ett så litet område.

Det hela byggde på duktiga chefer ute i verksamheten.

Kerstin har också fortbildat sig - i psykologi och data.

– Men jag har ingen medicinsk utbildning, betonat hon.

– Jag har ett klappande hjärta för FoU-verksamheten. Den intresserar mig verkligen. Den fackliga kunskapen får jag av andra. Jag känner mig ödmjuk inför medicinsk och odontologisk expertis och det skulle aldrig falla mig in att ta ett beslut utan att först lyssna på dem som kan, sade Kerstin och tillade:

– Det var nog till och med en styrka i det här arbetet att jag varken är tandläkare eller läkare. Jag behöver inte ta någon kollegial hänsyn.

Om ledarskapet och dess innebörd:

– "Kerstin är som hon är" hörde jag ibland. Och det är nog sant. Jag har alltid känt att jag har det där med ledarskap naturligt. Man måste vara bestämd, våga fatta beslut och visa att man tror på sin sak.

– Det är viktigt med goda relationer, och ett gott humör hävdar Kerstin. Man måste vara lojal mot landstinget och ha en god relation till politikerna. Det tycker jag vi hade här, framför allt presidiet.

– Lika viktigt är att man känner sig hemma i sin roll som chef gentemot sina medarbetare. Det måste finnas en balans mellan att vara öppen och sig själv å ena sidan och agera chef å den andra.

– Det var en mycket fin stämning mellan oss på kansliet. Hon karaktäriserar det som ett nära samarbete där hon lämnade stor frihet under ansvar. – Och de stöttade mig, kritiserar inte utan försöker finna lösningar och vägar.

– Sen kan jag faktiskt en hel del - kunskap jag skaffat mig under de 20 år jag arbetat.



Att hon ställde höga krav på sina medarbetare var hon medveten om. Hon tror att de uppskattar att få ta ansvar. Men samtidigt blev det mycket för var och en i och med att personalstyrkan minskade de senaste åren.

– Ibland kanske arbetssituationen blev pressande, medgav Kerstin. Men jag pressade faktiskt mig själv också en del.

– Och det var ett gott gäng, mycket humor, en stor öppenhet. De sade allt emot, säger Kerstin med ett skratt. Även om Kerstin trivdes fanns det naturligtvis saker hon skulle velat förbättra. Inte fullt så många järn i elden var en sådan sak.

– Det skulle vara fint om det funnes mer tid för t ex att gå in och analysera bokslut, mer verksamhetsuppföljning, mer tid med tjejerna härute och prata, åka ut till enheterna och vara med och fika.

Och visst hände det mycket under dessa år i primärvården. Servicen ökade genom att vården anpassades mer till befolkningens behov. Öppethållande, tillgång till specialister på vårdcentralen, utökad barnmottagning är några exempel.

– Man kan säga att vi konstant ökade servicen mellan 1986 och 1994, säger Kerstin inte utan stolthet. Men påpekar samtidigt att det finns två sidor - dels hur personalen tyckte arbetet utvecklats, dels hur Lerums befolkning såg på vården.

Enkäter har visat att Lerumsborna var mycket nöjda med vårdcentralerna och tandvårdsklinikerna.

Datoriseringen har betytt mycket för utvecklingen. Patienterna får snabbare besked och läkarna slipper springa och jaga tidböcker.

Den administrativa sidan är idag totalt datorberoende. Löner och ekonomi - allt är datoriserat. – Det är en enorm utveckling, sade Kerstin.

En sak man satsade mycket på inom primärvården var arbetsmiljön.

Ergonomiskt riktig utrustning för tandläkarna var ett exempel.

– Det var en mycket medveten satsning. Mår man bättre på jobbet och inte har ont blir man mindre trött. Vi får helt klart igen det vi satsar på arbetsmiljön.

Att man tvingades göra neddragningar och minska primärvårdskansliets personal var en utveckling som Kerstin inte precis jublade över. Men samtidigt såg hon det som viktigt att även dra ner på administrationen i tider när det totalt sett blir minskade ekonomiska ramar.

– Att vi anpassade oss till det ökade respekten hos andra, tror hon. Och det var en stor fördel när vi flyttade till vårdcentralen. Det blev inte så lätt "vi" och "dom".

– Egentligen skulle vi ha suttit både i Gråbo och Floda också om det varit praktiskt möjligt.

## **Solweig Kärrman**



Den första december 1985, när Lerum blev eget primärvårdsområde, anställdes Solweig som primärvårdsföreståndare med ansvar för äldreomsorgen i Lerum. Dessförinnan hade Solweig sedan 1983 varit primärvårdsföreståndare i Götaälvdalen (Ale och Lilla Edet). 1984 beslöts att Ale och Lilla Edet också skulle vara två separata primärvårdsområden, som Solweig under ett halvår hade tjänst i. Den första tiden som föreståndare i Lerum var hon placerad i Alingsås då kansliet i Lerum ännu inte fanns i sinnevärlden. Ett kansli inreddes 1988 i hyrda lokaler på Åsenvägen i Lerum. De planerades helt av personalen själva och blev mycket funktionsdugliga. Solweig: – Det var under de goda åren. Uppbyggnaden av den lokala administrationen var jobbig. Vi fick inte mycket stöd under det första steget till decentralisering. Birgitta Klintberg och Birgitta Elfström som personal- respektive ekonomiassistent förde med sig mycket erfarenhet till det nya kansliet. Datorerna blev en stor hjälp i arbetet.

I Lerum var Solweig ansvarig för utvecklandet av hemsjukvården. Och även avvecklandet eller snarare överförandet till kommunen i och med Ädelreformen. Det behövdes bl.a. utbildning av personal vid övergången.

Solweig blev den andra hälsoplaneraren i Lerums primärvård i början av 90-talet då Anita Glanz (se nedan) gick över till att bli egenföretagare och konsult.

### **Anita Glanz**

Anita Glanz, barnsjuksköterska, vårdlärare, klinikadministratör, fick Lerums första hälsoplanerartjänst. Egentligen hade hon sökt föreståndartjänsten på Lerums vårdcentral för att få jobba med personalutveckling. Hon och Gunnar Palmqvist blev först på plan i det nya kansliet. Anita attackerade i stället hälsofrågor inom organisationen. Ett allmänt hälsomedvetande hos dem som jobbade inom vården var målet. Anita: – När vi började med rökavvänjningskurserna vågade man knappt ifrågasätta rökning. Det tog tio år innan trenden vände. Hon försökte hitta dem som ville jobba offensivt med hälsoarbete, ”peppade” och utbildade dem. En del fick ledigt från ordinarie arbete en tid för att arbeta med utvecklingsprojekt. Detta var möjligt när utvecklingsenheten i Lerum startade.

Hälsoarbetet stod och stampade hade inte full acceptans. – Det blev någon sorts trötthet över det hela så Anita drog sig ur och gick över att bli egenföretagare, konsult i början av 90-talet med arbete att följa upp det stora arbetsmiljöprojektet ”Rätt till hälsa”. 1993 slutade hon helt i primärvården.

### **Bengt Dahlin**

Efter tiden som blockchef blev Bengt distriktsöverläkare i Mittenälvsborg och verkade då för att stärka utbildningen av läkarna i området. Man samlade läkarna i Mittenälvsborg varje månad en eftermiddag på Nääs för att på primärvårdsläkarnas egna önskemål fördjupa sig inom olika områden med hjälp av bl.a. inbjudna organspecialister. Några läkemedelsföretag var ej inblandade i efterutbildningen. Bengt engagerades också i centrala utbildningsfrågor och kursverksamhet kring läkares utbildning, bl.a. Provinsialläkarfondens FoU-kurs 1984 tillsammans med Lennart Råstam..

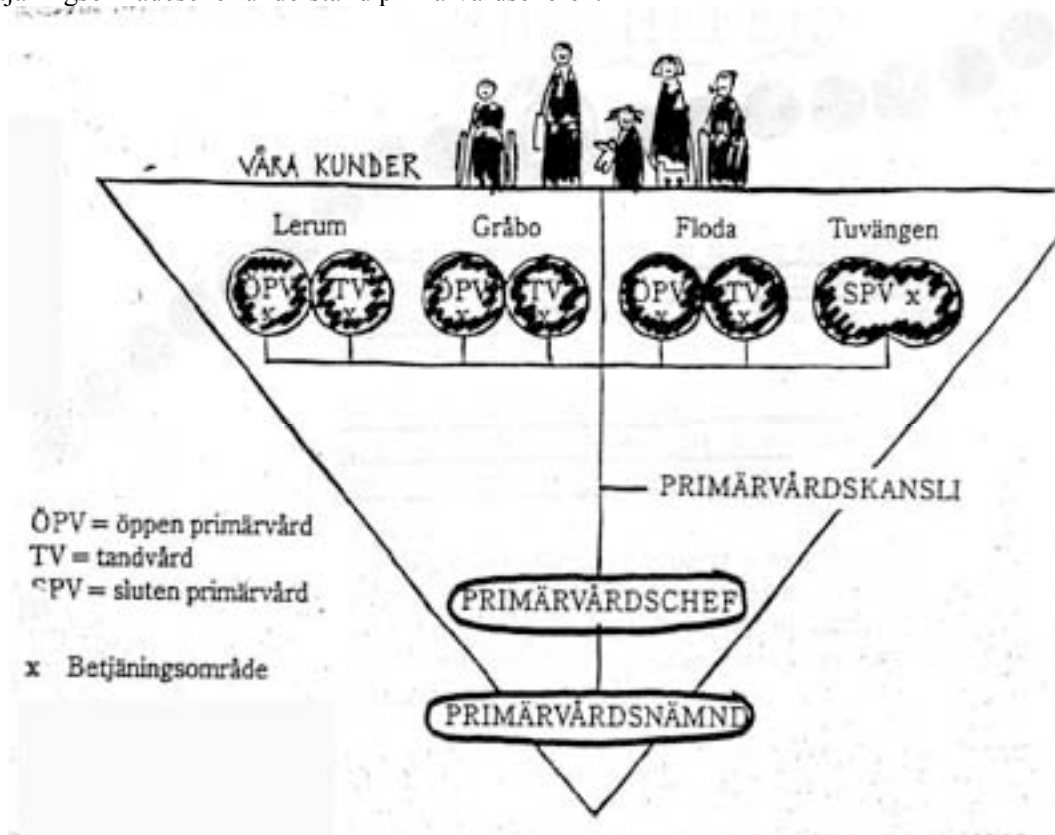
Det blev också mer tid för utvecklingsarbete och vid den nya vårdcentralen i Gråbo (1978), där Bengt blev betjäningssområdeschef. Man satsade där på utveckling av vårdinformationssystem, som beskrivits på annan plats. Även projekt inom förebyggande vård genomfördes.

När Lerums utvecklingsenhet körde igång 1986 fick BD heltidstjänst vid enheten med samordningsfunktion. Utvecklingsenheten i Lerum fick fart med en mängd projekt genom medarbetarna och övriga primärvårdskollegor. Samarbetet med Spri fortsatte i form av olika projekt för utveckling av datorjournalen bl.a. hur data skulle kunna säkras för framtiden i de olika systemen (bl.a. Datagrundjournal. Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral. Spri rapport 282.1990, Användarnas krav på datorstött vårddokumentation. Spri rapport 416. 1996, Långtidslagring av patientinformation, Spri-rapport 455. 1997 och ett av Spris sista projekt inom IT, Långtidslagring av elektronisk vårdinformation i XML-format, Spri-rapport 943. 1999).

I den nya ledningsorganisationen blev Bengt en av stabspersonerna i egenskap av distriktsöverläkare.

## Spelplan för Lerums primärvård

Lerums primärvårdsområden lika med Lerums primärkommun hade 1990 32 000 invånare. Primärvårdsområdet var indelat i sju betjäningsområden, som vart och ett leddes av en betjäningsområdeschef underställd primärvårdschefen.



Chef för betjäningsområde med öppen primärvård är en läkare, för sjukhemmet en sjuksköterska med administrativ utbildning och för vardera tandvårdsenheterna en tandläkare. Betjäningsområdeschefen i den öppna primärvården hade en avdelningsföreståndare till hjälp att leda verksamheten efter de befogenheter som tilldelats henne.

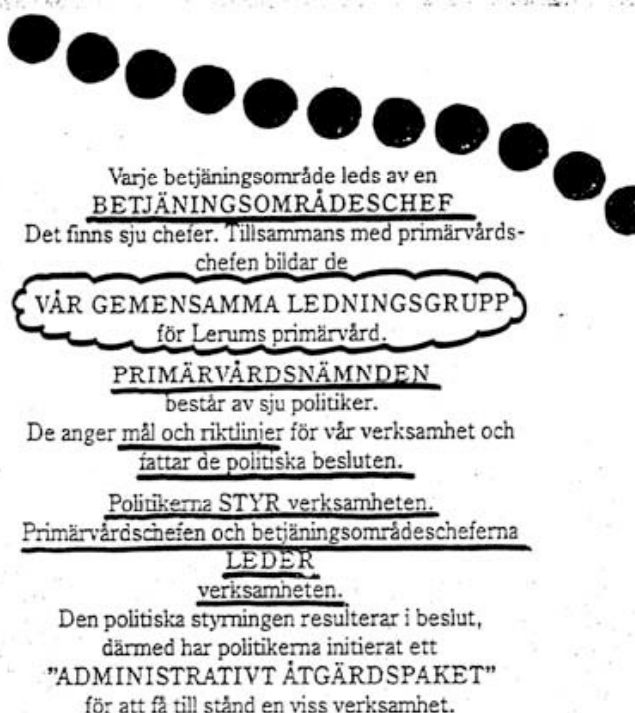
*"Vi vill ge våra uppdragsgivare – kommunens invånare – den allra bästa hälso- och sjukvården. Vår service handlar om livskvalitet och läkekonst."*

Så började den verksamhetsidé som antogs av Lerums primärvårdsnämnd 1988. Den upptog hälso- och sjukvårdsmål, service- och kvalitetsmål för verksamheten och vilka spelregler som gällde för dessa.

Verksamhetsidén för Lerums primärvård sammanfattades i en spelplan. Den skulle användas för att ge personalen kunskap om landstingets nya ledningspolicy och vad som gällde för Lerum.



Den gemensamma ledningsgruppen, de sju betjäningsområdescheferna, hade ett stort ansvar för verksamheterna och kunde fatta de flesta besluten själva vad gällde personal och ekonomi. Enhetscheferna ledde verksamheten genom föreståndare, vilka var nyckelgrupp av ”mellanchefer”.



### Projekt Hjalmar – Arbetsledning på en vårdcentral

En arbetsgrupp med Gunnar Hedelin, Solweig Kärrman, Ulla Sandvall och Ulla Wessman fick i uppdrag att göra en översyn av föreståndarfunktionen vid Lerums vårdcentral 1990. bakgrunden var att när Lerums vårdcentral togs i bruk 1985 inrättades en tjänst som

vårdcentralföreståndare under betjäningsområdeschefen med funktion att handha såväl personal- . ekonomi. vårdutvecklingsfrågor och annan administration. Det visade sig att i den nya decentraliserade organisationen blev det övermäktigt för en person att klara allt detta. När den första föreståndaren flytta till annan tjänst beslöts att se över funktionen. Det blev ”Projekt Hjalmar”

Resultatet blev att dela upp föreståndaruppgifterna så att de rena sjukvårdsfrågorna handläggs av vårdcentralföreståndaren och de rent administrativa uppgifterna av den administrativa sekreteraren. Man fick på så sätt professionell kompetens i ledningen som inte var uppbounden av rutinärenden och som utan dröjsmål kunde ge service i sjukvårds- och administrativa frågor. till föreståndarna för de olika avdelningarna på vårdcentralen.

Avdelningarna/funktionsområdena på vårdcentralen var 1990: Vårdlag norr (Aspenäs, Knappekulla), Vårdlag söder (Almekärr, Hulan), Barnmottagning, Distriktsarbetsterapi, Distriktsjukgymnastik, Städenhet, kvälls- och nattpatruller och administrativ enhet.

## **Primärvårdsorganisationen centraliseras igen**

Under hela perioden 1986 – 1994 hade Lerum en egen decentraliserad politiker- och tjänstremannaorganisation med primärvårdskansli i Lerum. Primärvårdsnämnden blev det en gemensam för Mittenälvsborg. Kansliet flyttade till Oscarsgatan i Alingsås i den för Mittenälvsborg gemensamma administrationen, där det fortfarande finns kvar idag (2005).

Snart nog (när?) centraliserades organisationen åter. Som när blockorganisationen startade 1972 fick primärvården i södra Älvsborg en ledare placerad i Borås. Det blev Kerstin von Südow som blev områdesdirektör vilket var ett gott val. Hon kunde föra vidare mycket av lerumsandan i hela primärvården.

## **Att styra landsting ”Nya Älvsborg”**

Bengt Dahlin kommenterar i en skrivelse 18 maj 1993 det förslag till en ny central politikerorganisation, som året efter genomfördes. Utdrag ur skrivelsen kan också vara en sammanfattning av Lerumsdistriktets funktion under denna period:

*Styrgruppens förslag till en ny politisk organisation från 1995 innebär för Lerums primärvård att den politiska arenan flyttas till en Hälso- och sjukvårdsnämnd för Mittenälvsborg. Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt kommer under samma nämnd. ....*

*Lerums primärvård har utvecklat en effektiv och integrerad primärvårdsadministration under sin ”självständiga” tid och vi vil understryka vikten av att inte bryta sönder en på alla plan välfungerande administrativ enhet.*

*Personal- och landstingsandan är mycket god i Lerum. Detta inte bara inom basenheterna utan också mellan enheterna. Vi fungerar känslomässigt och reellt som en sammansvetsad enhet med en gemensam ledningsgrupp för all verksamhet. Detta har underlättat att hantera struktur- och prioriteringsfrågor på ett effektivt sätt, vilket är grunden för en framgångsrik organisation.*

*Trots eller kanske p.g.a. att Lerums primärvård varit den minsta enheten i landstingsorganisationen har vi inom givna ekonomiska ramar uppfyllt landstingets målsättningar för primärvård och tandvård väl så bra som övriga primärvårdsdistrikt.*

*Vi har med den minsta möjliga administrativa personalfunktionen kunnat undvika höga administrativa kostnader, vilket gjort att vi kunnat satsa på en befolkningsinriktad verksamhet.*

*Vi kan redovisa ett mycket aktivt och framgångsrikt förebyggande arbete på många plan, vilket kommit befolkningen till del i ett flertal projekt. Vi har genom detta byggt upp många samarbetskanaler till primärkommunens olika verksamheter. Detta underlättar en eventuell framtida kommunalisering av politikerfunktionerna.*

*Vi har inom befintliga ramar kunnat genomföra en bred och engagerad FoU-verksamhet och enligt landstingets FoU-målsättningar för vår arena haft en välfungerande FoU-enhet, som även kommit andra till del. Detta har stärkt primärvårdens ställning i landstinget och i landet.*

*Vi har verkat för valfrihet för patienten inom ramen för ekonomisk balans genom att i samverkan med lasarettet i Alingsås införa specialistmottagningar eftermiddags- och kvällstid vid Lerums vårdcentral.*

*Vi har senaste året givit öppningar för västsvensk regional utveckling genom att engagera oss i läkarnas grundutbildning vid universitetet i Göteborg. Genom detta har Lerum och Noltorps vårdcentraler kommit att fungera som "universitetsfilialer". Tanken är att flera enheter skall kunna få detta status, även på lasaretten.*

*Internt har vi satsat mycket på personalutveckling och personalutbildning vilket bidrar till en hög vårdkvalitet som kommer våra patienter till goda förutom att det ger en välmotiverad personal.*

*Vi tror oss sammanfattningsvis vara en enkel och tydlig organisation inför befolkning, patienter och personal som kan ge god förebyggande, behandlande och rehabiliterande vård på lika villkor i sjukvårdslagens anda.*

*Nyckeln till denna väl fungerande organisation är samverkan och god ledning. Vi önskar behålla detta inom ramen för den nya politikerorganisationen. Inte minst ledningsfunktionen måste värnas om med nuvarande mycket välfungerande primärvårdschef och ledningsteam....*

## **Ulla Sandvall, Lerum, beskriver utvecklingen**

Året var alltså 1994 och nu stod man åter inför en centralisering inom organisationen:

*"Lerums primärvårdsnämnd fanns kvar fram till 1994 då Västra Götalands Regionen började byggas upp. Primärvårdens karta förändrades så att Älvsborgs län i sin helhet blev ett Primärvårdsområde kallat Nya Älvsborg. Senare delades detta och Norra Bohuslän och norra Älvsborg slogs samman. Södra Älvsborg blev ett eget primärvårdsområde där Mittenälvsborg med 4 kommuner utgör ett med egen nämnd. Vid denna tid blev också diskussionerna livligare vad beträffar politikernas roll i vården. Förslag fanns att politikerna skulle enbart beställa vård utifrån befolkningens behov. Det inrättades ett Hälso- och sjukvårdskansli och ett primärvårdskansli till en början med gemensam chef. Under en period på ca ett år var denna också chef för Alingsås lasarett. Utvecklingen gick vidare och numera (2005) finns ett beställarkansli för Mitten Älvsborg i Borås med nära samarbete med området Sjuhärad.*

*Utvecklingen i VG regionen fortgick och pågår väl fortfarande. Primärvårdsområdena, fem till antalet har var sin områdesdirektör under en primärvårdschef. Av dessa är Södra Älvsborg ett och Mitten Älvsborg ingår med fyra kommuner där Lerums och Alingsås kommuner är ungefär lika stora. Mitten Älvsborg har en PVO-chef.*

*På områdesdirektörsnivån sker samarbetet med Hälso- och sjukvårdskansliet där beställningen och kvalitetsgranskning sker utifrån ett befolknings/patient perspektiv."*

## **Organisationscirkeln sluts**

Så var "cirkeln sluten" – Primärvården i Södra Älvsborg var åter under en mössa med Lerums förra och duktiga primärvårdschef, Kerstin von Sydow, som chef för den nygamla "primärvårdsblocket". Organisationen hade vuxit sig stor och vuxit ur barnskorna för länge sedan. I vår Del 3 hoppas vi få en intervju med Kerstin och höra om hennes upplevelse av den nya organisationen: penningabrist, svårt med måluppfyllelsen, utbränd personal och andra moln som hopat sig i horisonten?!

## **Kerstin von Sydow områdesdirektör om framtiden**

En optimistisk framtidstro har Kerstin von Sydow i en intervju i Vårdsidorna nr 2, 1998:

*"Vi vet inte idag hur vår framtida primärvårdsorganisation kommer att se ut, men vi vet, att primärvården än mer skall utvecklas till att vara basen inom hälso- och sjukvården.*

*Vi vet också, att oavsett huvudman och organisationsstruktur, så kommer patienterna till våra vårdcentraler, tandkliniker och ungdomsmottagningar.*

*En stor utmaning är, hur vi skall ta hand om de patienter som tidigare gått till sjukhusens mottagningar. Detta måste dock ske med stor försiktighet, så att alla känner sig delaktiga och trygga.*

*Vi måste satsa mer på ledarskap, utbildning och utveckling för att möta alla de krav som ställs och kommer att ställas på primärvården.*

*Det finns så mycket outnyttjade kunskaper och mänskliga resurser på varje enhet. Låt alla anställda utvecklas*

*En bra ledare är en som vågar vara sig själv och se en mening i det man gör."*

Om regionen, Kerstin von Sydow i samma artikel:

*”Det gäller att hålla isär begreppen nu när västra Sverige ändrar organisation och gränser. Vid årsskiftet (1997/98) bildades det nya storlänet och om ett år är det dags för den nya regionen – två helt skilda organisationer som har samma yttre geografiska gränser.*

*Länet har hand om statens (regeringens) åtaganden för vår landsdel. Regionen, som styrs av politiker från västra Sverige, kommer framför allt att ta över allhälso- och sjukvård från de tidigare landstingen och Göteborgs stad., men också kulturfrågor, kultur, miljö, regional utveckling m.m.*

*Hur skall hälso- och sjukvården styras så att den blir både effektivare och bra för patienterna? En majoritet av landstingen i Sverige tillämpar olika varianter av den s.k. beställar-/utförarmodellen, och det är också denna typ av ersättningssystem vi får i den nya regionen.*

*Om man ler så länge man lever, så lever man längre. Låt oss vara rädda om varann!”*

Men utvecklingen fortsatta i landstingets regi, tills år 2000 då regionen tog över. Inget av all turbulensen på central nivå verkade kunna påverka basenheterna i primärvården, vårdcentralerna, där jobbade personalen på som tidigare. Om än frustrerade över all turbulens.



# AMBITIONER, PERSONAL OCH PRODUKTION

## Ambitioner visavi resurser

Vi har i det föregående konstaterat att målen var högt satta och ambitionerna stora vad gällde den unga primärvården. Snart nog kunde man konstatera att om ambitioner och resurser lades i var sin vågskål så vägde resurserna lite mot vad man ville göra. För att åskådliggöra detta konstruerade vi en resurstrappa för vad läkarbemanning kunde betyda för möjligheterna att leva upp till de utsatta målen. Vi byggde på de erfarenheter som man fått vid utvecklingen av Lerums primärvård. Prioriteringsordningen var att i första hand klara av sjukvården i distriktet, att ge bästa möjliga kontinuitet och som grädda på moset ta det önskade hälsovårdsansvaret. Måtten är relaterade till det besökstal per läkare man "producerade" i slutet av 1970-talet och att patientmottagningen utgjorde cirka 50 % av läkararbetstiden. "Trappan" spreds i riket och användes på många håll som press på landstingen för att förstärka primärvårdens resurser.

Förutsättningar för service i ett primärvårdsområde.

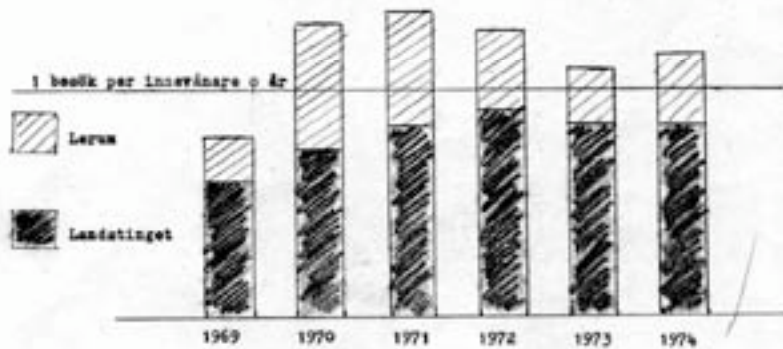
INNEVÄN/ ALLMÄN+ LÄKARTJÄNST	2.300	1,75 BESÖK/INNEV/ÅR	Friskvård m.m.
	2.600	1.50	- Åtager sig sjukvårds- ansvaret - Hög kontinuitet
	3.200	1,25	- Behöver hänvisa vissa patientgrupper - God kontinuitet
	4.000	1.00	- Måste hänvisa många patientgrupp. - Kontinuitet i utvalda sjdgrupper
	5.300	0,75	- Hög prioritering av egna patient- grupper + återbesök för egna pat. - Prioriterade pat. får god kontinuitet.
	8.000	0,50	Klarar akutfall + återbesök efter dessa. Praktisk taget ingen kontinuitet
Vårdcentralens absoluta ansvar	LÄTTILLGÄNGLIHET + RÄDGIVNING + HÄNVISNING		

I början på 1970-talet låg besökstalet i Lerums kommun något över 1 besök per inv. och år (på Brobacken 1,33) trots att läkarantalet var lågt (sex läkare i området). Den vårdplaneringsmodell (lerumsmodellen) som infördes i slutet av 1970-talet innebar ändock att man hade hög kontinuitet och tillgänglighet till primärvård. Efter hand som läkarantalet ökade steg inte besökstalet per invånare. Som vi sett av beskrivningen av primärvården i Lerum så satsade man mycket av de nya resurserna på förebyggande arbete (översta trappsteget) och kvalitetsutveckling i form av utbildningsinsatser (på alla nivåer) samt utvecklingsarbete (FoUU). Trots allt visade enkätundersökningar att befolkningen var tillfreds med servicen i primärvården. Dock med viss reservation för tillgängligheten, som efter hand upplevdes sämre.

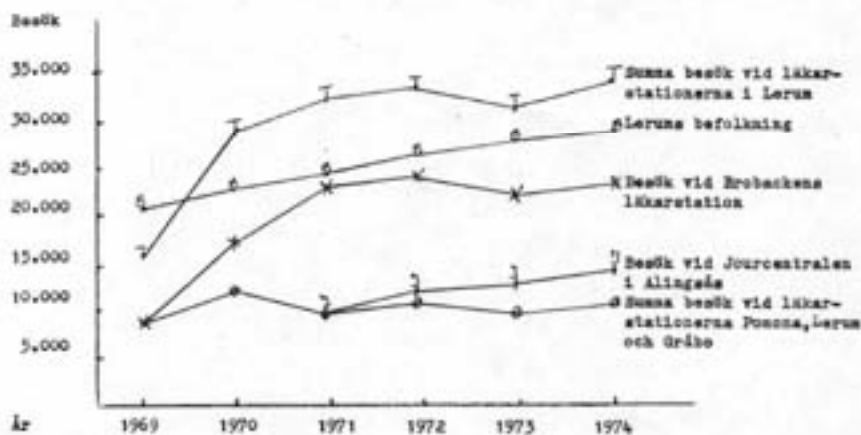
I Tabellbilagorna redogörs för distriktsläkarantal och – besök i förhållande till befolkningsantal för åren 1976 och 1977.

Följande tabeller visar besöksstatistik åren 1969 – 1974 vid läkarstationerna i Lerumsdistriktet.

Lerumsbon besöker distriktsläkare mer än en gång om året  
Det är betydligt oftare än befolkningen i allmänhet i landstinget



Så här många har besökt Lerums läkarstationer



Läkartätheten i landstinget 1982 var långt ifrån tillräcklig i något distrikt för att klara av de åtagande man hade. Bäst låg Färgelanda till med 2000 invånare/läkare. Sämst var Borås med 4500 invånare/läkare. Se tabellbilagan. Alingsås hade 1 läkare på 3600 invånare och Lerum 1 läkare på 2600 invånare. Med resurstrappans mått kunde Lerums läkare klara av sjukvårdsansvaret med hög kontinuitet. Det gjorde man också med hjälp av vårdplaneringssystemet. Däremot hade man enligt trappan inte läkarresurser för hälsovårds- och friskvårdssatsningar. Trots detta pågick ett flertal projekt inom förebyggande hälsovårdens ram framför allt i Floda med Hans Lundgren som motor.

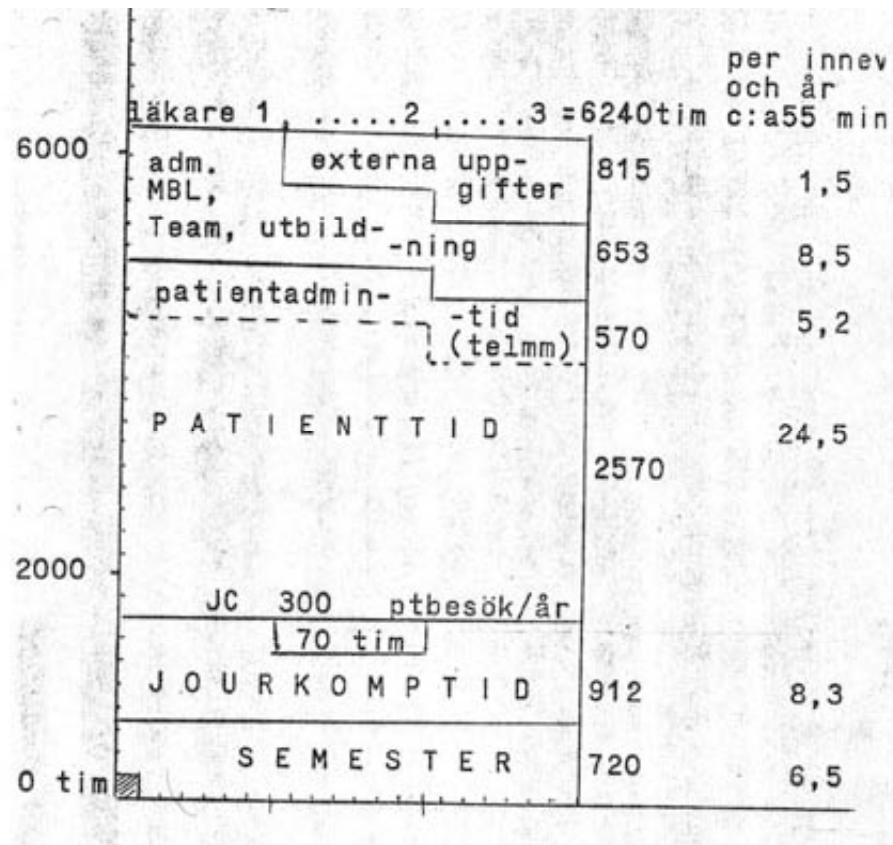
Man diskuterade olika möjligheter att lösa läkarbristsituationen:

- att övervägande vara akutmakare för att "skydda" sjukhusens akutmottagningar.
- att vara otillgängliga i likhet med sjukhusen. Man tog då inte sitt befolkningsansvar.
- att införa begränsade betjäningssområden, vilket ej var politiskt möjligt.
- att begränsa sina arbetsuppgifter inom allmänläkarrollen.

Hur man löste problemen var upp till de enskilda vårdcentralerna beroende på den lokala situationen. Ofta fick jourcentralerna bli en mottagningsenhet som fick ta emot de patienter som inte fick tid på vårdcentralerna inom rimlig tid. Att ägna sig åt hälso- och friskvård var endast förunnat de som hade speciellt intresse för den verksamheten. Att vara tvungen att begränsa den allmänläkarroll som undervisades om i utbildningssammanhang gjorde allmänläkarbanan mindre attraktiv och minskade möjligheten att besätta alla vakanser som fortfarande fanns långt in på 1990-talet.

### Ett alternativt mått på resursanvändning

Ett mått som användes i diskussionen av resurser var läkararbetstiden för olika uppgifter uppdelad på minuter/invånare. För en treläkarstation (Gråbo) som betjänade 6.600 invånare med 1,4 besök/inv. och år kunde det se ut så här: Det rör sig alltså om en årsredovisning.



En jämförelse då och nu (mars 2005), om än något haltande då redovisning av tid, med hjälp av tidböcker som läkarna till dels själva rör över, kan vara knepig och undersökningsperioden endast var två veckor, som multiplicerades med 2. Redovisningen gav följande resultat för Lerums vårdcentral (Barbro Lambertsson). Nedanstående alltså med många reservationer.

Läkarbemanningen var 7,15 distriktsläkare, 1 vikarierande underläkare, 1,8 läkare under specialistutbildning (ST-läkare) och 1 allmäntjänstgörande läkare (AT). Totalt arbetad tid var 1400 timmar

#### Läkartid mars månad 2005, Lerums VC, 10 läkare

Externa uppgifter*	119 tim	9 %
Utbildning/handledning	56 tim	4 %
Administration	450 tim	32 %
Teamarbete, personal	81 tim	6 %
Team -patientarbete	28 tim	2 %
Telefontid	80 tim	6 %
Patienttid, akutbesök	301 tim	22 %
Patienttid, planerade besök	278 tim	20%
Ospecifierat	42 tim	3 %
Summa	1400 tim	100 %

\* (inkl. MVC 6 tim, BVC 15 tim, Skola 30 tim, Äldreboende 68 tim)

I 1980 års studie var av totala läkarrtiden. Externa uppgifter 18%, Administration, teamarbete och utbildning 14%, Patientarbete inkl. tel.tid 56%.

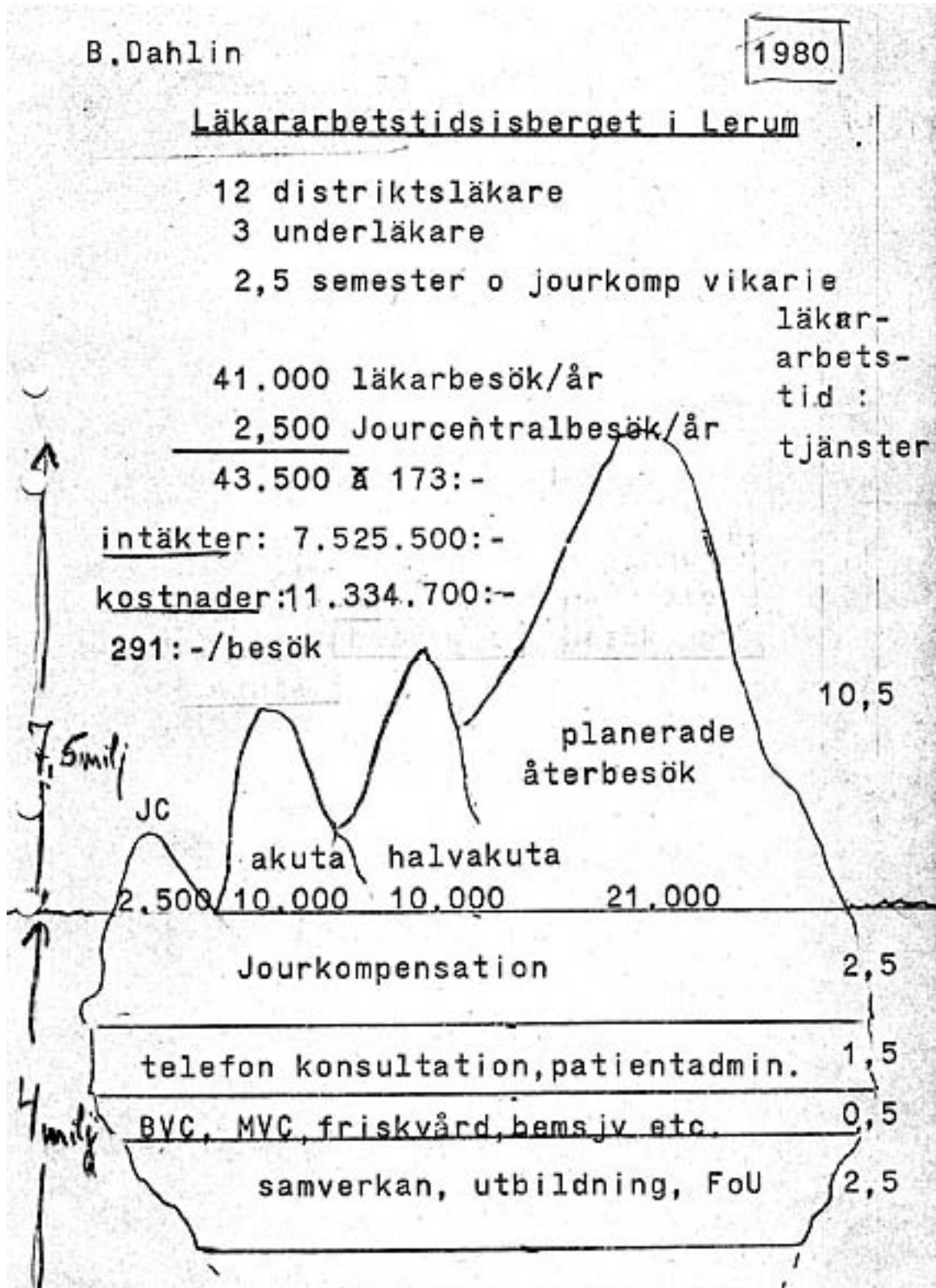
I 2005 års studie var patienttiden 50 % av totala tiden mot 56% 1980. De externa uppgifterna hade minskat till 9% mot tidigare 18 %. Administration och teamarbete hade ökat från 14 % till 38 %. Det verkar av studierna som mycket mer tid läggs på administration numera. Orsaken får diskuteras i nästa del av denna "trilogi".

#### **Ett isberg**

Vad läkararbetstiden användes till i Lerum 1980 (befolkning 31.000 inv.) beskrevs alternativt i form av ett isberg. Det man/ledningen/politikerna såg och mätte var 41000 patientbesök (imponerande i sig. 1,32 besök/inv./år), av 10,5 läkartjänster. Eftersom man hade tilldelats 17,5 läkartjänster ansågs produktionen ändå låg. Men de 2500 besöken på jourcentralen "kostade" därutöver och motsvarade 2,5 läkartjänster i jourkompensation. Telefonkonsultationer och patientadministration motsvarades av 1,5 läkartjänster. Övriga mottagningar som BVC, MVC, hemsjukvård, friskvårdsatsning etc. tog 0,5 tjänst. Därtill kom som tidigare samverkansgrupper, utbildning och FoU som motsvarades av 2,5 tjänster. Till slut tillkom semestrar och andra ledigheter som redan var borträknade i den beräknade tillgängliga läkartiden.

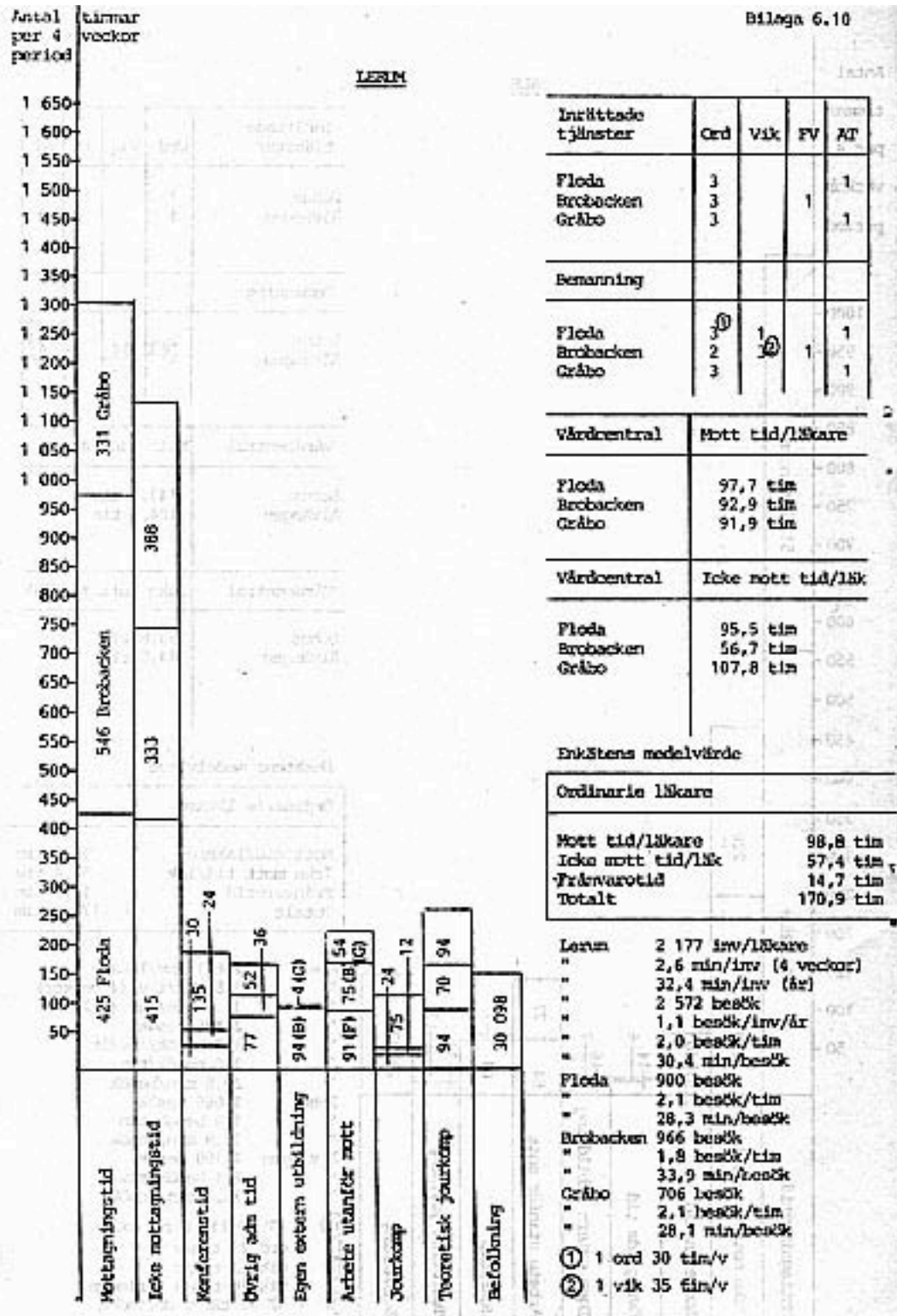


1980 hade Lerums kommun 31.000 invånare. Läkartätheten var 1/2000 och man klarade 1,3 läkarbesök/inv/år.



# Allmämläkarnas arbetsuppgifter – en enkätstudie 1982

Ur en enkätstudie till samtliga primärvårdsläkare och distrikt gjordes sammanställningar för hela landstinget liknande den som presenteras här. Syftet med studien var att få ett aktuellt centralt planeringsunderlag för det då pågående LÄSK-arbetet (hur bemanningen med allmämläkare skulle planeras för framtiden). Man ville också sprida kunskap om allmämläkarservicen samt utveckla metoder för verksamhetsuppföljning. Gruppen som genomförde studien var: Sture Bergling, Bill Bullock, Bengt Dahlin och Bo Hallin.



Kommentarer till studien vad gäller service till allmänheten.

Enligt en prioriterings-PM för öppen hälso- och sjukvård skulle det 1982 i genomsnitt ha funnits en allmänläkare (inkl. FV och AT) per 2800 invånare. Lerum var en av fem primärvårdsområden som hade nått denna täthet (2177 inv/läkare. Lägst låg Herrljunga med en läkare per 6017 invånare.

Ett mått på allmänläkarservicen var tillgången på mottagningstid i minuter per invånare och år. Medianvärdet i landstinget var 20,5 minuter. Lerum klarade 32,4 minuter per invånare och år och hade 1,1 besök/inv. och år. I snitt avsattes 30,4 minuter per besök. Den beräknade mottagningstiden var lägst i Herrljunga med 10.5 minuter per invånare., vilket speglar svårigheten att skaffa allmänläkare till Herrljunga vid undersökningstillfället. Man hade som basmål i landstinget för 1988 1.0 allmänläkare per invånare och år, exklusive besök på jourcentral, i hemsjukvård, i barn- och mödrahälsovård samt företagshälsovård. Med basmål menade man att samtliga primärvårdsområden skulle ha uppnått målet.

## Ur en studie – Fem år med Floda vårdcentral

Lena Olsson, Helseplan Sverige AB redovisade en undersökning om Floda vårdcentral under fem år, i början av 1990-talet. Ur denna hämtas följande.

Floda vårdcentral hade 10 000 invånare med stor andel barnfamiljer och få äldre.

I vårdcentralen fanns distriktsläkarmottagning, en distriktssköterskemottagning och en barnmorskemottagning. Dessutom folktandvård och apotek.

### Resurser

Några nyckeltal som speglade verksamheten:

- 1 årsarbetande läkare/2000 invånare hos vilka gjordes 1,04 besök per inv. och år
- 2,7 övrig personal per årsarbetande läkare.
- 1,33 invånare per årsarbetande sjuksköterska + distriktssköterska hos vilka gjordes 0,7 besök per invånare och år

Patientsammansättning i procent av totala antalet patienter under en vecka

- Upplevt akut, vill komma idag 40%
- Nyttillkommet, ej akut 21%
- Kontrollbesök efter akutbesök 5%
- Kroniskt sjuka patienter 18%
- ”Gammal och sjuk” 3%
- Upplevd långvarig ohälsa 6%
- Friska, ex. barnhälsovård 7%
- Intyg som orsak till besök 0%

Läkarnas tidsanvändning:

- Direkt och indirekt patienttid i procent av total tillgänglig tid
- Patienttid 80,3%,  
varav i direkt möte med patient (57,1%)
- Administration 8,6% varav cheftid 6,8%
- Möten, fortbildning, handledning 11,1%

Undersköterskornas tidsanvändning

- Direkt patienttid 38,8%,
- Indirekt patientarbete 30,2%
- Administration, service 26,5%
- Möten, fortbildning, handledning 4,5%

Sjuksköterskornas på distriktläkarmottagningen tidsanvändning

- Direkt patienttid inkl. telefon 62%,
- Indirekt patientarbete 17,1%
- Administration, service 15,8%



- Möten, fortbildning, handledning 5,0%

#### Distriktssköterskornas tidsanvändning

- Direkt patienttid inkl. telefon 54,1%, varav i barnhälsovård 23,2%
- Indirekt patientarbete 15,6%
- Restid 1,8%
- Administration, service 11,3%
- Möten, fortbildning, handledning 1 7,2%

#### Sjuksköterskornas på distriktsläkarmottagningen tidsanvändning

- Direkt patienttid inkl. telefon 75,7%, varav i
- Indirekt patientarbete 5,6%
- Administration, service 5,9%
- Möten, fortbildning, handledning 1 2,8%

#### Sekreterarnas tidsanvändning i procent av total tillgänglig tid

- Telefon 17,1%
- Journalföring 16,9%
- Laboratoriesvar 1,8%
- Dataarbete, systemansvar 23,7%
- Kassafunktion 29,5%
- Service 7,5%
- Fakturahantering 3,4%

## Landstinget utvärderar primärvården 1993

Primärvårdsnämnderna visade skillnader i ekonomiskt utfall varför landstingsstyrelsen beslöt att utvärdera verksamheten 1993.

Sammanfattande konstaterade man att på grund av decentraliseringen hade primärvårdsnämnderna mycket stor variation i organisationen, varför jämförelser var svåra att göra. Bland annat skiljde sig redovisningen av läkarbesöken mellan det lokala dataprogrammet Profdoc och den centrala rapporteringen av besökssiffror

För Lerums distrikt redovisades följande.

### Befolkning och läkarbesök

Åldersprofil	i Lerum		i Mittenälvsborg	
	Antal	% av totalantalet	Antal	% av totalantalet
0 - 9	5453	16%	6062	14%
10 - 19	4916	14%	5577	13%
20 - 64	20149	59%	24192	55%
65 - 79	2707	8%	6200	14%
80 -	816	2%	2300	5%
Summa	34041	100%	44331	100%
<b>Läkarbesök</b>	38024	Profdoc 44759	50435	Profdoc 35336 Exkl. Herrljunga
Läk.besök/inv	1,12	1,32	1,14	
Antal besök per läkare	3457	2997 - 3950	3254	2650 - 4364
Totalt antal besök enl. Profdoc		Besök per inv.		Besök per inv.

Vårdcentralbesök	41769	1,23		36129	Ej Ängabo 0,81
Sjukhusbesök	17017	0,50		57008	1,29
Utomlänsbesök	11890	0,35		4509	0,10
Totalt	70676	2,08		97646	2,20

### Tjänster i Lerum

### i Mittenälvsborg

Tjänster	Inr. tjug. faktor	% av totalantalet.		Inr. tjug. faktor	% av totalantalet
Läkare	11	34%		15,5	41%
Läkare under utb.	4	8%		4,5	5%
Sjuksköterskor inkl. distr..sköterskor	19,5	28%		24,2	27%
Undersköterskor	10,65	13%		12,25	14%
Förv. personal	11,94	17%		15,75	13%
		100%			100%
Inv. per läkare exkl. under utbildning	3095 2429 – 3603			2860 2294 – 3525	
Inv. (65 år) per läkare	320 182 – 384			548 427 – 739	
Kringpersonal/ läkare		Inkl. läkare under uttbildning			Inkl. läkare under uttbildning
Ssk/läkare	1,77	1,30		1,56	1,21
Usk/läkare	0,97	0,71		0,97	0,61
Ssk + Usk/läk	2,74	2,01		2,74	1,82
Förv.personal/läkare	1,09	0,80		1,09	0,79

En kommentar: Störst andel äldre fanns i Alingsås och Dalsland, medan den yngsta befolkningen fanns i Lerum

### Redovisade kostnader exklusive fastighets- och interna kostnader

#### Lerum

	Antal inv.	Kostnad/inv.	Antal besök	Kostnad/besök	Besök/inv.
Lerum	16213	700	17775	638	1,10
Floda	9717	721	11988	584	1,23
Gråbo	8045	647	8261	630	1,03
Totalt	33975	693	38024	619	1,12

#### Alingsås/Vårgårda/Herrljunga

	Antal inv.	Kostnad/inv.	Antal besök	Kostnad/besök	Besök/inv.
Noltorp	11773	688	13225	611	1,13
Sörhaga	7573	708	7280	737	0,96
Sollebrunn	4588	746	6113	560	1,33
Vårgårda	10574	516	10695	511	1,01
Herrljunga	9823	656	13093	492	1,33
Totalt	44331	650	50435	571	1,14

## DEN SVENSKA MODELLEN

Det ofta använda uttrycket *den svenska modellen* saknar en entydig definition. Benämningen har ibland uppfattats som ett sätt att framhäva Sveriges avvikelse från andra i-länder avseende ekonomi, politik, ideologi och institutioner. Under 1930-talet framhölls särskilt delar av social- och sysselsättningspolitiken som utmärkande för den svenska medelvägen mellan kapitalism och socialism.

Senare kom de goda relationerna mellan arbetsmarknadens parter SAF och LO – symboliserad av Saltsjöbadsavtalet 1938 och övergången till centrala löneförhandlingar under 1950-talet – att framhävas. Även den svenska välfärdsstaten med dess arbetsmarknads- och jämställdhetspolitik och olika transfereringar har kommit med i bilden. I andra länder har den svenska modellen använts både som förebild och avskräckande exempel.

På lönebildningsområdet har begreppet den svenska modellen varit knutet till centrala och samordnade förhandlingar mellan SAF och LO utan inblandning från statsmakterna. I bilden av den svenska modellen kom också föreställningen om SAF och LO som jämbördiga parter att ingå. Tanken var att parterna skulle känna ansvar för arbetsfreden och träffa avtal inom ramen för de samhällsekonomiska resurserna. Om utrymmet överskreds skulle båda parter drabbas genom att vinsterna föll och arbetslösheten steg.

Den svenska modell som under gynnsamma ekonomiska tider växte fram efter andra världskriget kom att fungera ganska länge. Sverige uppvisade under lång tid en i stort sett konfliktfri arbetsmarknad, hög sysselsättning och en levnadsstandard, som var bland de högsta i världen. Denna modell, baserad på samförstånd mellan olika intressen, kom emellertid efterhand att skakas och delvis upplösas.

## Stora ambitioner och bristande resurser

En första fråga är när upplösningsprocessen började. Den gängse uppfattningen är att modellen fungerade fram till 1970-talet, då ekonomin fick ett helt annat förlopp än under de gyllene åren på 1950- och 1960-talen. På 1970-talet upphörde den ekonomiska tillväxten nästan helt, och vårt tidigare gynnsamma konkurrensförhållande till utlandet försvann. Samtidigt fick Sverige uppleva den första chockartade oljekrisen och stora inflationsdrivande lönekostnadsökningar.

Det kärvare läget med en ekonomi i obalans bidrog till att modellen började knaka i fogarna. På arbetsmarknadens område blev det efter 1970 allt vanligare att LO sökte sig fram genom politiska instanser via lagstiftning i stället för att som tidigare träffa avtal med SAF. Samtidigt kan vi se hur arbetsgivarfronten försvagades. SAFs andel av den totala svenska arbetsmarknaden stagnerade till följd av det offentliga avtalsområdets expansion avseende stat, kommuner och landsting. Därmed skedde en uppdelning och splittring av arbetsgivarintresset.

Genom att arbetsmarknadsfrågorna politiserades kom även SAFs roll att förändras. Tydligast belyses detta genom löntagarfonderna, som genomdrevs av Olof Palmes regering 1983. Som svar på att politikerna gick in på arbetsmarknadens område ansåg sig SAF tvingad att tåga in i politiken, och man samlades till protestmarscher mot löntagarfonderna. När en borgerlig regering under Carl Bildt kom till makten 1991, avskaffades löntagarfonderna. Då vidtogs också åtgärder för att stimulera privatiseringar och begränsa den offentliga sektor som byggts ut på 1970- och 1980-talen. Av flera skäl kan man därför hävda att den svenska modell – som byggde på samförstånd mellan jämbördiga parter på arbetsmarknaden och frånvaro av politisk inblandning – efterhand fick så allvarliga knäckar, att man åtminstone till väsentlig del kan tala om modellens upplösning.

Från statsmakternas sida har under 1900-talets senare del ambitionerna om välfärd till alla ställts högt. Därmed har också människors förväntningar byggts upp och stegrats. Den moderna välfärdsstaten har emellertid under det sena 1900-talet från och till drabbats av olika kriser. Resurserna har ofta inte räckt till för att svara mot de högt ställda ambitionerna och förväntningarna, vilket i sin tur påskyndat urholkningen av den svenska modellen. Omvänt har den svenska samförståndsmodellens försvagning i sig bidragit till att förstärka uppkomna kriser.

## Sjukvården påverkas

Det kan nu vara lämpligt att applicera den generella svenska modellen på förhållandena specifikt inom sjukvården. Hälso- och sjukvården har organiserats genom en politiskt styrd sjukvårdsmodell. Fram till 1963 sköttes den öppna vården genom staten och den slutna vården – i princip sjukhusen – genom landstinget. Då var öppenvård och slutenvård två helt skilda organisationer med olika huvudmän och budgetar. Efter 1963 tog landstinget över öppenvården och båda vårdformerna kom att sortera under landstinget. Därigenom fick också öppenvården och slutenvården samsas kring en och samma landstingsbudget.

Sedan 1963 är alltså landstinget den politiska och administrativa instans som haft det övergripande ansvaret för sjukvården i länet. Vården har varit och är en viktig fråga för nästan alla medborgare, och en stor del av vår inkomst – cirka 12 kronor av varje intjänad hundralapp – går numera till landstingsskatt. Likväl har det varit ytterst få som brytt sig om landstingspolitiken, och därför har landstinget fortlevt som en synnerligen anonym institution. Landstinget har intagit en fredad plats på en mellannivå mellan stat och kommun och kunnat fördela sina resurser mellan primärvård och sjukhusvård utan att den stora allmänheten skaffat sig insyn i processen.

Liksom den generella svenska modellen utgick sjukvårdsmodellen från samordning och samförstånd mellan jämbördiga parter. Förutsättningen var alltså att primärvården – som öppenvården kom att kallas – och slutenvården (specialistvården vid sjukhusen) kunde samsas som jämbördiga parter där båda hade något att ge och ta. Ett grundläggande problem var dock att parterna från början inte kände denna jämställdhet. Alltsedan Axel Höjers dagar hade den helt dominerande delen av resurserna slussats till sjukhusens specialistvård, medan primärvården ansåg sig satt på undantag.

Så länge som landets ekonomi var god och vårdsektorn i dess helhet tillfördes växande resurser ställdes landstinget – sedan man blivit huvudman för såväl sluten- som primärvård – inte inför några större problem att prioritera mellan de båda vårdformerna. Men genom att det ekonomiska klimatet senare kärvade, ökade också risken för revirtänkande.

Primärvårdens viktigaste kontaktyta med den slutna sjukvården har utgjorts av de enskilda klinikerna vid sjukhusen. Många kliniker har sett primärvården främst som en instans som levererar remisser, och därmed har sjukhusen ofta intagit en nedlåtande hållning gentemot primärvården. I stället för samförstånd och samverkan har revirtänkande mellan primärvård och slutenvård inte sällan skapat stridigheter. Den slutna sjukhusvården har slukat cirka 90 procent av vårdkostnaderna. Trots detta har politikerna enligt primärvårdens företrädare inte vågat bryta slutenvårdens monopolställning i fråga om resurstilldelning.

## Den politiska debatten om primärvården på 1970, 1980- och 1990-talet

I och med husläkarturerna och regimskiftena under 1980 och 1990-talen var den ideologiska debatten ofta het om hur man borde organisera hälso- och sjukvården. Det socialistiska blocket var för den rådande ordningen med en primärvård i offentlig landstingsregi. Borgerligheten var inne på att i stor utsträckning privatisera eller låta primärkommunerna ta över ansvaret för den. Primärvårdens företrädare tyckte att borgerlighetens angrepp på primärvården var bekymmersam. Bengt Dahlin kunde inte låta bli att ge sig in i debatten i en insändare i Göteborgs-Posten 1988-04-22.



Herrarna Bildt och Feldt gör ständiga påhopp på primärvården. Som primärvårdsarbetare blir man betryckt, konstaterar distriktsöverläkare Bengt Dahlin.

För effektivare primärvård: GP 88-04-22

# Ökad samordning med slutenvården

Det är beklämmande att se hur Carl Bildt och Kjell-Olof Feldt angriper primärvården, skriver Bengt Dahlin. Primärvården kan bli effektivare genom ökad samordning med slutenvården men vården kan också finansieras med försäkringar mot fritidsskador och sjukvårdsskatt på bilismen.

**I** den intensiva vårddebatten duggar angreppen mot primärvården tät. Carl Bildt hävdar att man skulle kunna spara miljarder inom den "öppna vården". Kjell-Olof Feldt vädrar också påfallande ofta sin tes att det var fel an satsa på primärvård. Som primärvårdsarbetare blir man betryckt. Det är beklämmande att se hur hästarna biter när krubban verkar tom. Risken med alla påhopp är att avhoppen från vården ökar än mer. Distriktsläkare och distriktsläkare mår sedan för är illa i sina yrkesroller. Vi

kanar inte alla nya uppgifter som läggs på oss. Vi känner oss utbrända och pågås av stressen.

### Debatt berörs

Vi behöver en fransisdebatt men också tid att lösa hälso- och sjukvårdskutan mot de mål våra politiker i enighet beslutat om. Hela av problemen kan sökas i världens organisation. Det finns tröghet och byråkrat som skall bekämpas. Vi kan göra det inom ramen för vår nuvarande organisation med politikernas hjälp.

Tror man inte för starkt på privatiseringens möjligheter. Privatiseringsvägen i Norge är redan efter några år på väg att dämpas. Förväringarna om stora vinster var oräsliga.

Vad man egentligen vad primärvården syftar med? "Öppenvården" är inte bara ett antal 11-minuterkonsultationer som i privat regi även de till största del bekostas ur det allmänna kassa. Allmänheten vet bättre som till 90 procent uppstår våra insatser. Man säger dessutom att det viktigaste är att läkarna tar tid på sig i konsultationen.

### Atta miljarder

I Lerum kostar ett "Öppenvårdens" 120 000 besök 206

kronor. Läkarna står för en fjärdedel av besöken. De är för de övriga garanten på hög kvalitet. De är stödet för distriktsläkare, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och många andra yrkeskategorier. Skulle hela Sverige ha samma primärvård som Lerum skulle den "öppna vården" kosta cirka 8 miljarder. Var tar man de många miljarderna? Är det på mödra- och barnhälsovården eller mammorna föder all fler barn? Är det inom hem-sjukvården när befolkningen blir allt äldre. Är det på befolkningens basala sjukvård när specialisterna vill tjäna sig åt mer avancerad vård?

Vi behöver se över vår verksamhet både i öppen och sluten vård. I England med låga sjukvårdskostnader låter man öppenvården besluta om utrytande av slutenvårdens resurser. Politikerna i Sverige har inte vågat ta detta steg trots att 90 procent av kostnaderna ligger där. Det skulle bryta den monopolistiska slutenvården nu trygga vilar bakom. Även produktiviteten i denna vårdsektor kan ökas. En jämförande undersökning mellan ett svenskt och ett engelskt sjukhus visar att det engelska var fyra till nio gånger produktivare.

Politikerna har till uppgift att prioritera mellan olika samhällsverksamheter. Varför inte satsa på samordningsvinster för rehabiliteringspatienter där försäkringskassa, arbetsmarknadsmyndigheter m fl ingår. Vi upplever inte alltid byråkratin förödande både för resultat och ekonomi.

Vi vet att människor gärna betalar för en god hälso- och sjukvård. Politikerna har möjlighet att också fundera på alternativa finansieringsmöjligheter. Några tips:

□ Låt dem som erbjuder sport- och idrottsaktiviteter straffringsvägen bidra till alla fritidsskador som nu domineras över yrkeskadorna.

□ Låt bilismen lika väl som tobaken och alkoholen betala sina sjukvårdskostnader.

Allkoholens samhällskostnader är 75 miljarder och läkemedlerna 14 miljarder. För de största utgiftsposterna svarar produktionsbortfall på grund av dödsfall, ferdispensation, sjukfrånvaro och arbetslöshet. En vetlig alkoholpolitik kan tjäna fler miljarder än nedrustning av primärvården.

Bengt Dahlin

Bengt Dahlin är distriktsöverläkare vid primärvården i Lerum.

## Älvsborgs hälso- och sjukvård påverkades också

I Älvsborgs län fanns det sedan länge en beprövad organisation för samverkan mellan primärvård och klinik. Modellen innebar att primärvården med sina vårdcentraler utgjorde en självständig enhet med ansvar för den personal som arbetade där. Kliniken med sina specialiteter skulle inför primärvården fungera som konsult och bidra med medicinsk samordning, utbildning och forskning.

När det gällde formerna för specialisternas medverkan uppstod det emellertid från slutet av 1970-talet på många håll stridigheter mellan allmänläkarna i primärvården och specialisterna. Främst specialistens ställning i primärvården blev den heta potatis som kom att försämra samarbetsklimatet. På andra håll – exempelvis i Lerum – tillämpades samverkansformer som inte ledde till samma stridigheter. Här fungerade specialisterna som konsulter, då patienterna remitterades från primärvården till länssjukhusen. Man kunde också välja en form där specialisten kom ut till primärvården som konsult. Den mest kontroversiella formen – och den fanns på många platser bl. a. i Göteborg – var där specialisten stationerades inom primärvården. Denna samverkansmodell byggde på tanken med nära och direkt samarbete mellan allmänläkare och specialister. I praktiken vållade den emellertid stor irritation och skapade långt fler problem än vad den löste.

## Den svenska modellen skakar

Den svenska sjukvårdsmodell, som strävat efter samförstånd, samverkan och jämbördighet mellan primärvård och slutna sjukhusvård, kunde – trots olika störande inslag – fungera ganska länge. Med tiden tydliggjordes dock allt fler problem. Välfärdsstatens kriser och otillräckliga resurser satte också sina spår inom sjukvården. Vid slutet av 1980-talet hade den svenska sjukvårdsmodellen fått så många törnar att man kan hävda att den på allvar började skaka.

I SBU:s rapport nr 124: Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960 – 1992 anförs:

Svagheter i det svenska systemet är:

- Brister i integration mellan primärvård, sjukhusvård och socialtjänst.
- Primärvården fungerar inte som en primär grindvakt ("gatekeeper"), vilket resulterat i ett stort antal besök vid sjukhusen.
- Verksamheten har stark koncentration på sjukhus och andra institutionella vårdinrättningar.
- Valfriheten för patienterna har tidigare varit begränsad men nya initiativ har tagits för att öka denna frihet.
- Tidigare har funnits långa väntetider för några behandlingar, dessa har dock under senare år betydligt reducerats eller eliminerats.
- Brister har funnits när det gäller möjligheterna att stimulera ökad produktivitet och effektivitet, även om under de senaste åren olika åtgärder vidtagits för att åstadkomma förbättringar därvidlag.

Man avslutar:

”Den svenska hälso- och sjukvården håller i mitten av 1990-talet på att snabbt omstruktureras. Den har under de senaste fyra decennierna genomgått en stark utbyggnad och fått en specifik svensk utformning – den svenska modellen. Denna befinner sig nu i gungning. ”Det rister i välfärdsstatens fundament sade en dåvarande finansminister, Kjell-Olof Feldt.

Hälso- och sjukvården står inför ett paradigmskifte. En reduktion av den offentliga sektorn förväntas.”

I den reformering av hälso- och sjukvården som aviserades angavs:

- Det övergripande målet skall även fortsättningsvis vara god hälsa och vård på lika villkor för alla människor.
- Tillgänglighet och kvalitet.
- Valfrihet för patienterna.
- Ökad etableringsfrihet och konkurrens mellan olika alternativ.

- Demokratiskt inflytande.
- Samverkan med andra samhällssektorer.
- Hög produktivitet och effektivitet.
- Möjlighet till fortsatt förnyelse och utveckling.

## **EPILOG**

Mycket hände under primärvårdens första årtionden. Mycket gott kom ut ur de reformer som byggde på Höjers tankar på 1940-talet. Kvaliteten inom primärvården ökade påtagligt på alla områden. Läkartätheten flerfaldigades. Trots detta verkade målsättningarna för högt satta. Orsaken till att mål och medel inte kunde samsas vill vi diskutera tillsammans med primärvårdens aktörer i del III av denna historiska trilogi.

*Framtiden är dold med barmhärtighetens slöja.*