

Öppen vård i Mittenälvsborg då, nu och sedan med fokus på Lerum



Del III

2000-talets närvård

**Bengt Dahlin och Jan Kuuse
2006**

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 nutiden – hur fungerar primärvården år 2000, vilka mål har man för framtiden. Vi följer några skeenden från då (provinsialläkartiden) till sedan (primärvårdstiden) i form av "röda trådar" som förändringar i samhället, befolkningens hälsa och möjligheter att få vård samt personalens (speciellt läkarnas) yrkesroll.

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?

Du som läsare kan reagera, diskutera och kommentera.

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 effektiviserades till synes genom satsningar på datorstöd, men sällan var det tillräckligt effektivt utan snarare minskade den totala tiden för patientkontakter. Patienttrycket ökade då sjukhusens öppenvård hänvisade alltfler till primärvården. Tillgängligheten till läkarna, 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 och början av 2000-talet förväntade sig av framtiden. Vi refererar bl. a. till Mittenälvsborgs politikers direktiv för närvården. Vi intervjuade också ett par ledande distriktsläkare om nuläget i primärvården år 2006. Vi följer upp olika skeenden från provinsialläkartiden till nutid. Vi avslutar med att lyfta fram de olika framtida öppenvårdsmodeller som diskuterats i början av 2000-talet.

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

SAMMANFATTNING DEL 3

Del tre i vår historiekavalkad har vi kallat Närvården. Vi vill genom namnet peka på de tendenser som finns i tiden att förändra Primärvården mot en funktionell organisation med nära samverkan mellan närsjukhusets specialister och kommunens vårdverksamhet. Mittenälvsborgs primärvård ingående i södra Älvsborgs får en inriktning mot detta från 2007 då en ny central ledningsorganisation träder i kraft.

Som i de två andra delarna görs utblickar i omvärlden. Det första kapitlet som Jan Kuuse helt ansvarat för avhandlar ***"Ekonomi och kultur i förändring"***. Där visar vi på globaliseringens och skattesystemets effekter men också hur sjukvården industrialiserats. Vi avhandlar välfärden och befolkningsutvecklingen och sambandet mellan social position, hälsa och livslängd.

Nästa kapitel ger en tillbakablick ***"Skeenden från provinsialläkartiden till och under primärvårdstiden"***. Mycket har hänt med läkarrollen. Patienten och den enskildes krav har allt mer kommit i fokus från att tidigare ha haft en auktoritär läkarfokuserad vård. Sjukvårdspolitiken påverkar starkt utvecklingen på gott och ont. Ofta blir det kraftig turbulens vid regeringsskiftet. Arbetsmiljön för primärvårdsarbetarna har förbättrats men ändå ökar "utbrändheten". Informationssamhället påverkar vården i stor utsträckning – på gott och ont. Förebyggande insatser, som tidigare varit en viktig funktion i den öppna vården har reducerats eller kanske rättare koncentrerats till andra enheter än basenheten. Ökad press på sjukvårdsinsatser har som alltid gjort att vårdcentralerna fått prioritera bort denna viktiga del av verksamheten.

Kapitel tre ***"Primärvården vid millennieskiftet"*** beskriver i tre perspektiv olika verksamheter fem år före till fem år efter år 2000. De tre perspektiven är: Rikets, Västar Götalands och Mittenälvsborgs. Vi diskuterar patientperspektivet, ledningsperspektivet bemanningen och allmänläkarna, jourverksamheten, distriktsvården, sjukgymnastik och arbetsterapi, medicinsk teknik, Informationsutbytet, IT i vården, prevention och folkhälsoarbete, kvalitetsarbete inkluderande FoU, primärvårdens effektivitet. Vi avslutar kapitlet med en sammanfattning ur Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården. Familjeläkarkonceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Man konstaterar man (som också vi erfart i södra Älvsborg) bland annat att den listningssystemet inte slagit igenom och att majoriteten av landstingen i praktiken tillämpar områdesansvar. Till viss del kan utvecklingen bero på att det saknas allmänläkare. Antalet läkare har ökat de senaste åren men det saknades 2004 200 allmänläkare i riket för att nå målen. Landstingen arbetar på olika sätt för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Man anser att telefontillgängligheten ökat inte minst för att man infört nya telefonpassningssystem och internet. Sjukvårdsrådgivningen har också byggts ut kraftigt men räcker ändå inte till. Den nya tekniken kan vara problematisk för en del äldre och funktionshindrade. Man anser att det är svårt att få en överblick över FoU-verksamheterna i primärvården. Verksamheten ser olika ut i landstingen, uppbyggnad, omfattning och inriktning varierar. Man konstaterar också att den utveckling av privata vårdgivare som skedde under 1990-talet har avstannat. År 2003 gjordes ungefär en fjärdedel av läkarbesöken inom primärvård hos privata vårdgivare. Landstingen har överlag visat liten aktivitet för att stimulera mångfald av driftsformer. Avslutningsvis konstateras i handlingsplanen att: "Eftersom närsjukvårdsutvecklingen är i sin linda är det svårt att uttala sig om i vilken utsträckning man kommer att lyckas med ambitionerna. Som konstateras i rapporten önskar befolkningen en fast läkarkontakt. Även i närsjukvården måste man således lösa frågor kring läkartäthet, kontinuitet och samverkan."

Kapitlet ***"Primärvård i förändring"*** citerar vi olika nuvarande modeller som diskuteras och också genomförts för primärvårdens organisation. En modell som föreslås av samtliga Saco-förbund tycker vi verkar intressant för södra Älvsborg. Vi refererar också den lokala utvecklingsplanen som politikerna i Mittenälvsborg lagt fram. Vi lyfter också fram en primärvårdsutredning som gjordes av Bengt dahlén 1997 och som i många stycken fortfarande är relevant för primärvårdens utveckling.

Avslutningsvis begrundar vi ***"Närsjukvården"*** som begrepp. Anders Anell, chef för Institutet för hälsoekonomi, IHE, i Lund och ledamot av SBU:s råd (Statens beredning för medicinsk utvärdering), har på ett briljant sätt beskrivit och analyserat primärvårdens framtida

utveckling med olika modeller. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker, vilket vi också gör. Avslutningsvis kommenterar vi en primärvårdsmodell för Mittenälvsborg där vi pekar på att primärvårdens mål med tillgänglighet och kontinuitet knappast har kommit närmare sin uppfyllelse sedan början av 1970-talet. Man får hoppas att inriktningen kommer att vara mot att nå målen i en förändrad organisation. I dessa fall rör det sig inte så mycket om resurser utan mer om attityder hos personalen och om hur man organiserar sin verksamhet. Det bör bli en viktig ledningsfråga att jobba med. Först om målen tillgänglighet och kontinuitet kan nås kommer befolkningen att söka sig till primärvårdens närsjukvård (allmänmedicinen). Annars nedprioriteras den till förmån för andra specialiteter inom närvården. På längre sikt en katastrof för allmänmedicinen.

I *epilogen* tar vi upp politikerskiftet år 2006 och åter att tillgänglighetsproblematiken upplevs som det stora problemet i nutid. Det problem som löstes med "lerumsmodellen" 1975.

Med en avslutande fundering:

Det verkar som om varje generation måste göra sina egna misstag!

Men man hejdar sig till slut och finner nya utmaningar och spännande lösningar på problemen som dock sällan är nya.

Det enda vi lär oss av historien

Är att vi ingenting lär oss.

EKONOMI OCH KULTUR I FÖRÄNDRING

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 – kännning 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. Det finns problem med kvardröjande obalans och budgetunderskott i flera ekonomiskt betydande länder. 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?”

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 sktigerekonomierna 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. Roster 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 nettomässigt skapa nya arbeten, särskilt inom tjänstesektorn.

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 försämrade 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.

Läkaren mellan vetenskap och samhälle

Källa: Roger Qvarsell ett kapitel i boken Ett sekel med läkaren i fokus. Sveriges Läkarförbund, 2003.

Attityden till medicin och läkekonst i början av 1900-talet speglades dels av förhoppningar om att den expanderande naturvetenskapen skulle leda till bättre kunskaper och behandlingsmetoder men också av en kvardröjande misstro mot vetenskaplig medicin och professionell läkekonst.

Under mellankrigstiden omorganiserades läkarutbildningen, så att den inleddes med en teoretisk och naturvetenskaplig del för att först i slutet ha praktisk läkekonst. Tanken var att all medicinsk utbildning skulle ha en vetenskaplig grund.

Anställningsförhållandena var väldigt ålderdomliga under denna tid. Det var stora sociala och ekonomiska skillnader mellan överläkare och underläkare, vilket gjorde att många underläkare var missnöjda.

Intresset för förebyggande åtgärder ökade och "Statens institut för folkhälsa" tillkom 1937. Andra satsningar som fick stor betydelse var mödra-, barn- och skolhälsovård.

Tiden efter andra världskriget präglades av tillväxt. Industrin gick för högvarv och levnadsstandarden förbättrades. Alla sjukvårdsinstitutioner ökade i storlek och sjukvården (sjukhusens slutna vård) fick stor betydelse som arbetsplats för den ökande andelen kvinnor som sökte sig ut på arbetsmarknaden. I början av 1950-talet utspelades en politisk konflikt då Medicinalstyrelsen ville skapa en primärvårdsorganisation med offentligt anställda, medan de privatpraktiserande läkarna kände sig hotade. Privatläkarna lyckades fördröja beslutet men inte förhindra det (som vi berättat om i del 1 och 2). Nästa stora steg mot en statligt reglerad sjukvård var 1955 års lag om obligatorisk sjukförsäkring. I takt med att sjukvården byggdes ut visade det sig att behovet av vård i stor utsträckning påverkades av utbudet. För varje ny vårdavdelning ökade antalet patienter och benägenheten att söka hjälp för mindre åkommor på sjukhusen. Väststandsutvecklingen och de medicinska framstegen gjorde att vissa hälsoproblem kunde minskas (infektionssjukdomarna) men samtidigt uppstod nya problem, välfärdssjukdomar.

Läkarrollen kan fortsätta att förändras i framtiden. Läkarna kommer att fungera som experter i nära samarbete med andra yrkesgrupper. Läkarkårens roll som "tolkningsföreträdare" kan komma att försvagas och patient-, anhörig- och intresseorganisationer kan komma att öka sitt inflytande. En ny tid ger nya förutsättningar och hur det blir får framtiden utvisa.

Sjukvårdens industrialisering

Under 1990-talet ändrades ansvarsgränserna inom hälso- och sjukvården. Omsorgsverksamheten – såsom åldrvård, rehabilitering sam vårderna 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 arvudet. Provinsialläkaren 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 provinsialläkare subventionerade kommunerna dock ofta mottagningslokaler och läkarbostad. Provinsialläkarföreningen 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 provinsialläkartjänsten innebar. 1960 var den fasta årslönen 17 000 kronor, den rörliga delen patientarvodena, fyra kronor per konsultation, varierade stort beroende på läkardistriktets storlek och belägenhet i riket.

Sjukhusläkarna ökade starkt i antal och hade betydligt bättre resurser än provinsialläkarna. Patienterna drogs allt mer till sjukhusen vilket bidrog till sämre förhållanden för provinsialläkarna. 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. Arvudet 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.

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 välfärdspolitik 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 uppmärksammas 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 Sälveåns 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.

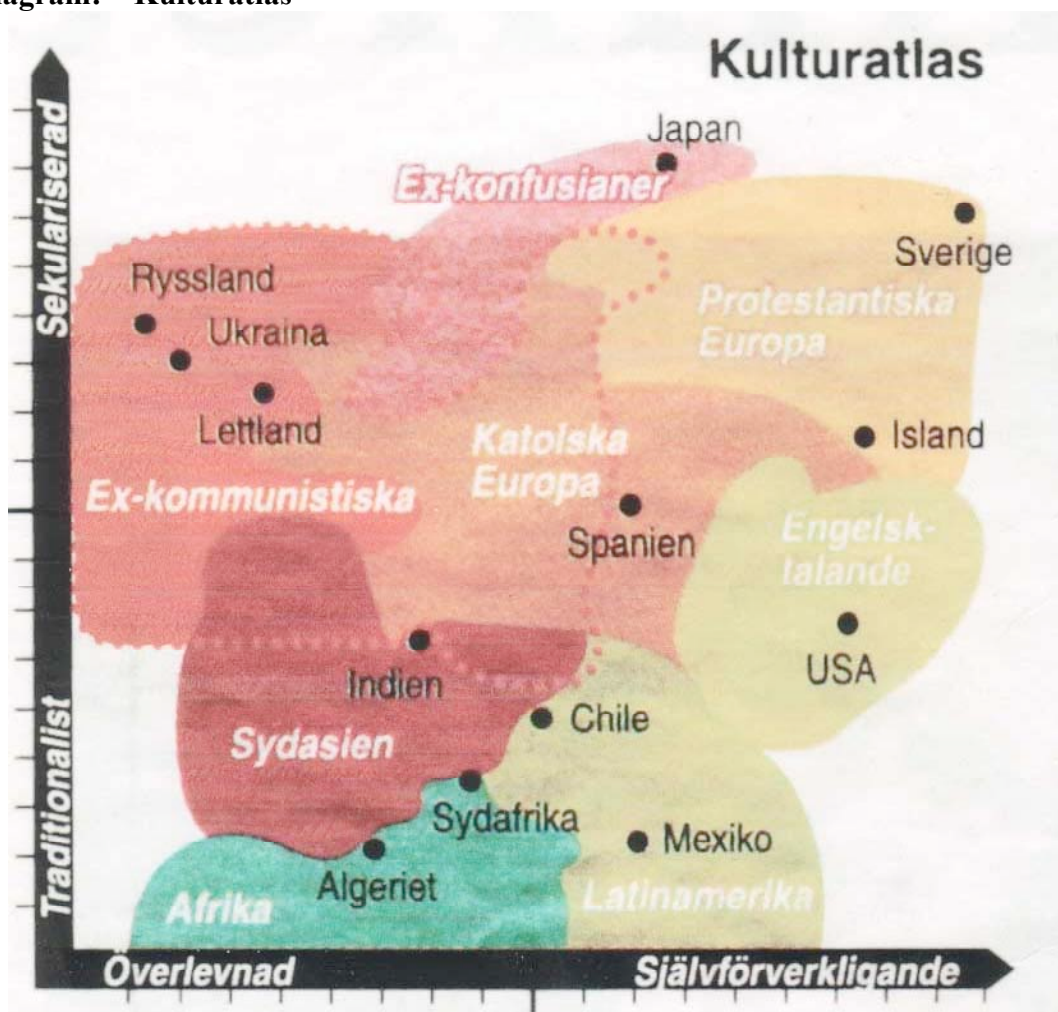
Den norske författaren och läraren i själavård, Per Arne Dahl, berör delvis samma problematik i sin bok "*Varför har vi det inte bättre, när vi har det så bra*". Han utgår visserligen från norska förhållanden, men de kan i lika hög grad appliceras på Sverige. Dahl konstaterar att trots att vi lever i 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 motvikt. 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 (sektoraliserade) 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 översiktsbild 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 bejakar

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.

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 en 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 drygt 80 år. För kvinnor ligger den något år över åttio och för män några år under. Det betyder att Sverige har Europas äldsta befolkning. Medan kvinnornas medellivslängd har avstannat har männens ökat troligen p. g. a. livsstilsförändringar. 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 – se tabellbilagan. 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 konkurrensutsätta 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 konkurrensutsatt och privat äldreomsorg.

Befolkningsutveckling i Mittenälvsborg

Befolkningen i Mittenälvsborg beräknas de närmsta 10 åren öka med 2 100 personer från 65 – 84 år 92 400 invånare 2005 till cirka 94 50 invånare 2015. Åldersgruppen 65 – 84 år förväntas öka med 4 000 personer (32%). Antalet unga 0 – 18 år minskar med cirka 1 600 personer (7%). Antalet över 85 år förväntas öka med cirka 11 %, men de är antalsmässigt ganska få, cirka 2 400 år 2015.

Befolkningsutveckling i Mittenälvsborg				Källa: SCB	
Mittenälvsborg	0-18 år	20-64 år	65-84 år	85-w år	Total befolkning
2005	23 842	53 581	12 833	2 130	92 386
2010	22 719	53 779	14 866	2 301	93 665
2015	22 188	52 997	16 958	2 372	94 515

Behov av hälso- och sjukvård (HSN-Mittenälvsborg)

Kunskap om invånarnas hälsa, sjukvårdens kvalitet, medborgarnas uppfattning om vården och tillgänglighet till vård är naturliga utgångspunkter vid beställning av vård. Men också kunskap om invånarnas hälsa, sjukvårdens kvalitet, medborgarnas uppfattning om vården och dess tillgänglighet är viktiga utgångspunkter.

Olika parametrar på hälsa kan användas för att bedöma befolkningens hälsoläge som medellivslängd, Nyinsjuknande i olika sjukdomar och hur vi mår.

Medellivslängden var i Sverige 2005 för män 78,4 år och för kvinnor 82,7. Männens medellivslängd ökar snabbare än kvinnornas. Om dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar fortsätter att minska ökar medellivslängden.

Beräknat nyinsjuknande (incidens) i olika sjukdomar i Mittenälvsborg

	65 – 84 år		85 – 99 år		Totalt	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Stroke	358	426	109	126	467	552
Höftfraktur	124	142	84	91	208	233
Hjärtinfarkt	219	261	83	96	302	357
Totalt	701	829	276	313	977	1142

Hur man mår 2003-2005

Cirka 8 % av befolkningen uppgav sig ha ett dåligt allmäntillstånd. Andelen kvinnor som upplever ett dåligt allmäntillstånd ökar medan männens andel minskar. Med stigande ålder ökar andelen med dåligt allmäntillstånd till 11 %. Med tanke på sambandet mellan ålder och hälsotillstånd och ökande antal äldre framöver behöver hälsofrämjande och förebyggande insatser för denna stora grupp övervägas.

De hot som finns mot barn och ungdomars hälsa är främst rökning och droger samt en oroande utveckling av psykisk ohälsa och övervikt med fetma.. Sett internationellt är emellertid barnens hälsa i Sverige mycket god.

Mer befolkningsstatistik se tabellbilagan.

Om sambandet mellan social position, hälsa och livslängd

Vilka grundläggande faktorer har varit och är bestämmande för befolkningens hälsotillstånd? I denna studie har vi uppmärksammat faktorer som förekomst av epidemier och infektionssjukdomar samt förmåga att motstå dem, levnadsstandard, livsstil, gener, den medicinska forskningens landvinningar, tillgång till sjukvård och sist men inte minst framväxten av en aktiv och förebyggande hälsovård.

Samtliga dessa faktorer är mycket viktiga för hälsan. Ett problem är dock att praktiskt taget alla våra tillgängliga data om tillstånd, förändringar och trender bygger på genomsnittssiffror och aggregerade tal för hela befolkningsgrupper på nationell, regional eller lokal nivå. Men socio-ekonomiskt har befolkningen varit mer eller mindre skiktad med olika förutsättningar i livet. Det är därför lämpligt att avslutningsvis något beröra denna aspekt.

Enligt Michael Marmot måste orsakerna till ohälsa även sökas på ett delvis nytt sätt. Det handlar inte bara om att se på infektioner, tillgång till läkare, brist på mat och hygien eller dåliga bostadsförhållanden för ett statistiskt genomsnitt av befolkningen. Den sociala faktorn är enligt honom mer avgörande än vad som hittills uppmärksamrats. I sin nyutkomna bok: *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. (2006)* undersöker Marmot kopplingen mellan status och hälsa – statussyndromet – och pekar på att positionen i den sociala hierarkin har ett starkt samband med livslängden och risken att bli sjuk.

Sir Michael Marmot är professor i epidemiologi och folkhälsa vid University College i London, där han också leder International Center for Health and Society. Han är rådgivare till WHO och tillika ordförande i WHO:s globala kommission om hälsans sociala bestämningsskriterier. Mest känd är nog Marmot för sina undersökningar av de noggrant skiktade brittiska statstjänstemännen. Dessa undersökningar inleddes på 1970-talet och visar, att sjukdomsfrekvensen ökar ju längre ner man befinner sig på den sociala stegen. År 2000 adlades Marmot för sina insatser inom epidemiologin och för sin forskning om den sociala ojämlikhetens effekter på folkhälsan. Denna utmärkelse kan ses som en intressant paradox – en person som framhäver sociala orättvisor blir upphöjd till samhällets högsta krets.

För människor som lever över en viss lägsta materiell nivå är ett annat slags välbefinnande också centralt. Hur mycket kontroll man har över sitt liv och vilka möjligheter man har till deltagande och social samhörighet är av avgörande betydelse för hälsan. Vikten av vilken relativ social position man har är tydlig. Faktorer som utbildningsnivå, inkomst, sysselsättning och arbetsmiljö och därav följande social position är i hög grad bestämmande för variabler som hälsa, dödlighet och livslängd. Hälsan är sämst och medellivslängden kortast bland dem med lägst social status. Omvänt leder högre status till bättre hälsa och längre liv. Ju högre upp på samhällsstegen en person befinner sig, desto mer möjlighet till socialt deltagande och kontroll över sitt liv har hon. I sin tur påverkar detta hälsan positivt. Med positioner längre ner på samhällsstegen minskar också möjligheterna till socialt deltagande och kontrollen över livet, något som i sin tur leder till försämrad hälsa.

Marmot understryker att statussyndromet förekommer runtom i världen, inklusive Sverige. Överallt påverkas hälsan av föräldrars bakgrund, utbildning, yrke, inkomst och olika rangordningssystem. Med en rad olika diagram vill Marmot illustrera statussyndromets förekomst. Från hans bok kan här några exempel ges från England, USA och Sverige.

Ett exempel visar medellivslängden för män i England och Wales fördelad på socialgrupper under två perioder, 1972-76 och 1992-96. Diagrammet visar klart att ju högre socialgrupp man har desto högre blir medellivslängden. Det framgår också att livslängden från 1970-tal till 1990-tal ökat för alla socialgrupperna. Skillnaden i livslängd grupperna emellan var dock ännu något större 1992-96 än den varit 20 år tidigare.

Exemplet från USA visar risken för att dö relaterad till hushållens inkomst i dollar. Undersökningen baserades på 8 500 män och kvinnor som följdes under en tjugårsperiod 1972-91, eller tills de dog. Siffrorna visar att justerat för ålder, kön, ras, familjestorlek och tidsperiod var risken att dö närmare fyra gånger så stor för den lägsta inkomstgruppen (hushållsinkomst mindre än 15 000 dollar) än för den mest gynnade gruppen med mer än 70 000 dollar i inkomst.

Ett av diagrammen visar dödligheten som funktion av utbildning hos män i Sverige 1990-96. Den relativa dödlighetsrisken avtog med högre utbildning. Den lägsta risken visade män med doktorsgrad. Den ökade sedan i gradvis stigande skala för män med högre akademisk examen, lägre akademisk examen, gymnasieskola, yrkesutbildning samt endast obligatorisk utbildning. Marmot hävdar att Sverige är ett land som präglas av omfattande jämställdhet. Men även här finner man ojämlikhet när det gäller folkhälsan. En studie från 1980-talet gav vid handen att svenska tjänstemän var 1,5 gånger friskare än arbetare. På 1990-talet hade skillnaden vuxit något till 1,6 gånger. Att ovan beskrivna samband varit rådande under lång tid tillbaka har man sedan länge anat. Men ny forskning visar tydligen att sambanden dröjer sig kvar eller i vissa fall till och med förstärks även i dagens svenska samhälle.

Marmots bok *Statussyndromet* innehåller ett efterord av Töres Theorell, professor i psykosocial medicin vid Karolinska Institutet. Theorell pekar på tre budskap som röda trådar genom hela boken. Det första är att de sociala skillnaderna utgör en stege med många steg: de som står allra högst har bäst hälsa, de närmast nedanför något sämre osv. Det andra är att hälsoskillnaderna inte gäller någon enskild sjukdom utan ett brett spektrum av ohälsa. Det tredje är att såväl barndomsförhållanden som vuxenmiljö har betydelse.

En viktig poäng i boken, som Marmot också trycker på, är att man inte får förväxla förklaringar på individnivå med förklaringar på grupp- och samhällsnivå. Genetiska faktorer har stor betydelse då man försöker hitta riskfaktorer för ohälsa hos en individ. Däremot kan gener inte förklara varför det skett stora förändringar i folkhälsan under kortare och omvälvande perioder som exempelvis i Ryssland under senare år. Man måste alltså ha ett annat perspektiv när man studerar individer än när man analyserar hälsan hos en hel befolkning.

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 l: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, senare också bettendevetare/kuratorer och psykologer. Alla var högskoleutbildade och kompetensen i teamen 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 doktorskompetenta 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.

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 förän i mitten av 1900-talet var tron på läkaren stor om än något kluven. 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: - Nae, 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 obekvämlig tid. 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 "obekvämlig tid" 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. Läkibesöket 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".

Patientmakt

Till långt fram på 1970-talet var "läkarmakten" över patienten stor. Läkarna var auktoritära. Mötet mellan patient/läkare skedde på läkarens villkor. Oviljan till information till den enskilde och allmänheten var stor. Ett exempel var apoteken som var tvungna att ta bort läkemedelsinformationen ur läkemedelfirmornas förpackningar och hänvisa till läkaren istället för att ge patienten någon information om läkemedlet. Insyn, inflytande och information var förmåner som förbehölls politiker och medicinska experter. Man agerade "grindvakt" inom hälso- och sjukvården för att behålla egna privilegier.

Så småningom, i lagstiftningen, infördes informationsskyldighet till patienten. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1999 skulle patienten ges aktivt stöd bl. a. genom att:

- Individuellt anpassa informationen
- Erbjudna patienterna en möjlighet att välja behandlingsalternativ
- Erbjudna patienterna en förnyad medicinsk bedömning s. k. "second opinion".

Lagstiftningen har varit en skyldighetslagstiftning, d. v. s. att lagen ger landsting och kommuner skyldigheter av olika slag. Som patient kan man dock inte gå till domstol för att utkräva dem. Det finns dock juridiska rättigheter som rätten att läsa sin patientjournal och att sjukvårdspersonal inte får lämna ut uppgifter till obehöriga (tystnadsplikt). Det har av fr. a. marknadsliberala kritiker krävts att ändra skyldighetslagstiftningen till en rättighetslagstiftning. I den formen skulle individens rätt prioriteras framför samhällets skyldigheter. Detta kan ses som ett led i en pågående individualisering av samhället, där den enskilda medborgaren betraktas som rationella "kunder" som förväntas göra enskilda val vid utnyttjandet av samhällets tjänster snarare än att vara konsumenter av kollektiva standardtjänster (Blomquist & Rothstein 2005).

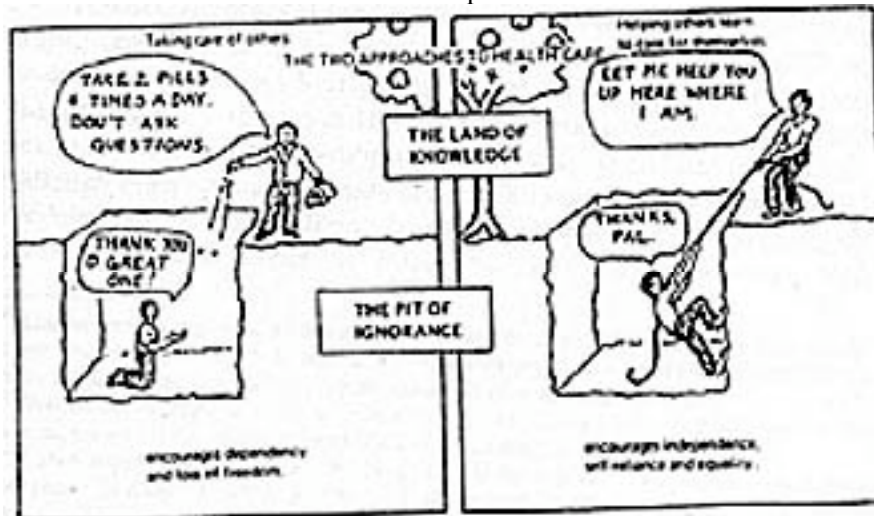
Den patientdemokratiska era som inleddes under 1990-talet har rötter dels i en internationell debatt och utveckling dels i allmänhetens växande krav på information om hälso- och sjukvårdens organisation, arbetsformer och om behandlingsresultat. Utbildningen bland befolkningen ökade till för 40 år sedan 8% nu 40% med minst gymnasial utbildning. Man önskar också bättre anpassning av samhällets standardtjänster till individuella behov. Nya valmöjligheter ger inte bara makt (patientmakt) utan kan också stimulera till en ny kunskapsprocess med nya strategiska informationsinsatser.

Det innebar en ny situation för läkarna och i praktiken längre konsultationstider, vilket naggade på tidsresurserna.

Attitydändringen avspeglades också i läkarutbildningen. I Göteborg tillkom kursen "Konsultationskunskap" – se del 2. En del i kursen var hur dialogen mellan läkare och

patienten skulle utformas. Idéerna kom från England.. Men redan på 980-talet hade problemet uppmärksamats.

Bild från Eriksson & Tibblin 1983. Två patientmodeller.



Litteratur på området (Demokrati och makt i Sverige SOU 1990:44, Anell och Rosén 1995, Anell 1996, Saltman och von Otter 1992, 1996, Göran Brodin 2006)

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. 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 densamma, 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 och en tandvårdsstyrelse i regionen. För primärvården kommer de att finnas i Skaraborg, Södra Älvsborg, Fyrbodal, Göteborg och Södra/Mellersta Bohuslän. Tandvården kommer att ha 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.

I september 2006 tillsattes de nya områdescheferna. Kerstin von Sydow fick även fortsättningsvis basa över primärvården i södra Älvsborg.

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.

Sjukvårdspolitik

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 innebär 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.

I skrivande stund, september 2006, vet vi att Alliansen tar över regeringsmakten. Det är troligt att deras program kommer att genomföras.

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

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 nämligen 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.
- lagfästa 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 äldre vården. Man är också för ett nationellt familjeläkärsystem.

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.

Frågan om annat huvudmannaskap skjuts på framtiden.

Arbetsmiljön och arbetssättet

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 så sätt 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 vårdcentralföreståndare. Kvar hade man länge en av läkarna som vårdcentralchef, men även denna funktion togs på många vårdcentraler över av sjuksköterska. Läkarna hade så avhånt 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 hypertoniomtagningar 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 berörde. 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 läkardistriktet 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 läkardistrikt 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. Allmänhetens allt större tillgång till datorer, internet och webbaserad medicinsk information har lyfts fram i den vårdpolitiska debatten som ett sätt att både rationalisera allmänhetens kontakter med hälso-

och sjukvården som en breddning och fördjupning av patienternas autonomi inom egenvårdsområdet.

På något sätt har både vårdpersonal och patienter haft 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.

För att förtydliga vad den snabba förändringstakten i arbetslivet har inneburit för människan kan man se på följande citat:

”Så kom människan in i arbetslivet. Hon blev en kugge i maskineriet. Hon skulle tjäna ett högre mål än sitt eget. Men hon hade fortfarande egna önskningar och behov. När arbetet blev för hårt fungerade hon dåligt. När det blev för tråkigt fungerade hon också dåligt. Arbetspsykologer intresserade sig för människan i arbetslivet.

Så kom datorn. Den skulle underlätta arbetet. Den skulle göra det tråkiga arbetet och understödja det svåra. Den skulle ersätta gamla rutiner med nya, den skulle bli en ny kugge i det gamla maskineriet. Människan skulle samarbeta med datorn. Datorvetare, arbetspsykologer och psykologer började intressera sig för människa-dator-interaktion.

Människan, datorn och arbetslivet. Tre ben att föra utvecklingen framåt med. Tre ben att snubbla på.” (Waern, 1993. s. 81).

Förebyggande insatser

I Sverige kom förebyggande, hälsovårdande uppgifter under 1600- och 1700-talet att ligga på provinsialläkaren. Sjukvårdens möjligheter att bota uppkomna sjukdomar var mycket begränsad. Det var naturligt att förebyggande åtgärder blev betydelsefulla.

Provinsialläkarinstruktionen innehöll därför också mycket av preventiva uppgifter. Landstingen blev huvudmän för sjukvården (1862) och genom en ny hälsovårdsstadga blev primärkommunerna ansvarig för omgivningshygien. Det blev en boskillnad mellan hälso- och sjukvård, som har kvarstått sedan dess. Staten hade sin insyn i hälsovården genom förste provinsialläkaren i länet, en organisation som också försvann.

Diderichsen & Janlert, 1983 sammanfattade utvecklingen i tre faser

- Ympprogrammens tid
- Program för tidigupptäckt av sjukdom och sjukdomsorsaker
- Hälsoupplysning

Vaccination blev lagstadgad redan 1816. Smittkoppor utrotades på detta sätt. Olika vaccinationsprogram sattes igång först efter andra världskriget. Calmettevaccination mot TBC hjälpte till att nästan utrota folksjukdomen i Sverige – den har dykt upp nu igen.

”Barnsjukdomarna” utrotades också med hjälp av vaccinationsprogram.

Dock har veneriska sjukdomar ökat i omfattning. Klamydia är spridd bland yngre men också syfilis ökar i oroande grad.

Program för tidigdiagnos genom hälsokontroller startades på 1970-talet (som cytologprovtagning för livmodercancer, mammarröntgen) liksom screening av riskfaktorer (som högt blodtryck, kolesterolhalt i blodet, blodsocker).

Hälsoupplysning av modernare slag är det senaste stadiet som växte fram under 1960-talet. genom att informera och försöka påverka människor att ändra sina levnadsvanor försöker man förebygga sjukdom. Exempel är kostrådgivning, antirökkampanjer, motionsstimulans m. m.

När Internet blev allt mer allmänt använt under 1990-talet och början av 2000-talet kom detta medium att fyllas av lättillgänglig information om hälsa, sjukdomar, mediciner m. m. Internet har mer än andra medier bidragit till allmänhetens intresse för och kunskap om sin hälsa och sina sjukdomar. Många ”siter”/hemsidor vänder sig direkt till grupper med en viss sjukdom. Diabetes är ett bra exempel på detta.

PRIMÄRVÅRDEN VID MILLENIESKIFTET 2000

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. Dessutom citeras delar av Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) i Mittenälvsborg planer och direktiv. Genom en intervju av en vårdcentralchef och en distriktsöverläkare belyses primärvårdens status 2006.

Patientperspektivet

Riket

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

Enligt HSL (Hälso- 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.

Dålig tillgänglighet är det största problemet inom svensk hälso- och sjukvård idag, en brist som inte är unik för Sverige. Att fler länder tampas med liknande problem är dock ingen tröst för patienten.

Vårdgarantier i vården

Sedan 1992 har Socialdepartementet och Landstingsförbundet årligen tagit gemensamt beslut för att förbättra patienternas tillgång till vård. F. o. m. 1997 gjordes en överenskommelse om en s. k. vårdgaranti (besöksgaranti) i vilken anges en tidsfrist för patienternas väntetid till besök inom primärvården och specialistvården. Se nedan Västra Götalands/ Mittenälvsborgs vårdgaranti. Se också <http://www.vardbarometern.nu>

Västra Götaland

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%.

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.

Mittenälvsborg - HSN

Vårdkonsumtion

Invånarnas vårdkonsumtion har ökat de senaste åren. Ökningen förefaller vara kraftigare vid sjukhusen än inom primärvården. Överlag är det framför allt äldregruppen 60 år och äldre som ökat sin vårdkonsumtion.

76 procent av invånarna i Mittenälvsborg besökte vården som patient eller anhörig 2005.

Mittenälvsborgs befolkning har historiskt haft en relativt ung befolkning och uppvisat en låg vård- samt läkemedelskonsumtion jämfört med övriga Västra Götaland. Under senare år har vårdkonsumtionen ökat och närmar sig övriga regionens konsumtion. Patientströmmarna har också förändrats med ökat antal vårdtillfällen vid Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU).

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

I oktober 2005 fick 61 procent av patienterna tid samma dag vid vårdcentralerna i Mittenälvsborg och 85 procent fick tid inom sju dagar.

Upplevelser av väntetider

Invånarna tillfrågades i en enkät om hur länge man fick vänta efter önskemål om tid vid vårdcentral :

Tid samma dag 40%, Tid inom en vecka 40%. Tid efter mer än en vecka 16%.

Majoriteten av invånarna(80%) uppfattade väntetiderna rimliga.

Hur många instämde i påståendet att man hade tillgång till den vård man behöver?

Enl. Vårdbarometern 2005: Herrljunga 75%; Lerum 71%; Vårgårda 70%; Alingsås 69%.

Förtroendet för vårdgivarna enl. Vårdbarometern 2005, Man känner stort förtroende:

De som ej besökt vården Sjukhusen 82%; Vårdcentral 62%; Privat specialist 74%.

De som besökt vården: Sjukhusen 75%; Vårdcentral 53%; Privat specialist 75%.

Samma enkät ”Känner litet förtroende:

Ej besökt vården: Sjukhusen 4%; Vårdcentral 10%; Privat specialist 3%.

Besökt vården: Sjukhusen 7%; Vårdcentral 16%; Privat specialist 6%.

Förtroende för sjukvården Mittenälvsborg (Ur Hälsa på lika villkor). Andel med ganska eller mycket stort förtroende:

Mittenälvsborg	16 – 29 år	30 – 59 år	60 – 84 år
Män	71%	72%	78%
Kvinnor	66%	72%	76%

Medborgarnas uppfattning om kvalitet

Mätt genom Vårdbarometern anser tio procent av invånarna inte ha tillgång till den vård de behöver. Andel av patienter som ansåg sig bemötta med respekt och fått tillräcklig information från sin läkare eller sjuksköterska låg på nivån 85 – 90%.

Andel patienter som fått den hjälp man förväntat sig låg på samma nivå omkring 80%.

En del känner sig kränkta av sjukvården: Män 2,7% och kvinnor 6,2%.

Ledningsperspektiv

HSN i Mittenälvsborg vill att primärvården utvecklas till en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom:

- Förbättrad tillgänglighet och kontinuitet
- Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring
- Mångfalden av vårdgivare ökas inom vård och omsorg
- Hälsofrämjande sjukvård och närsjukvård
- Utveckling av hälso- och sjukvård för äldre med psykisk ohälsa
- Ökade insatser för barn, ungdom och äldre med psykisk ohälsa

Verksamhetsmål

Patientperspektivet:

- Nöjda patienter
- Delaktighet i behandlingen
- Lätt att få kontakt
- Bra bemötande
- Korta väntetider (besök inom 7 dagar - vårdgarantin=100%)

Verksamheten

- Förbättring genom FoU
- Välfungerande information och kommunikation
- Samverkan

Medarbetarna

- Tydligt ledarskap och aktivt medarbetarskap
- Tryggad kompetensförsörjning
- Hälsofrämjande arbetsplatser
- Tydlig lönepolitik

Ekonomi

- Tydliga uppdrag
- Hög produktivitet
- Ekonomi som medger utveckling

Prioriterade mål

- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården ska öka
- Tillgängligheten till primärvården ska öka
- Andelen invånare som har fast läkare ska öka
- Förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar bland unga ska minska
- Drog och alkoholmissbruket ska minska bland unga
- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till vård av psykisk ohälsa och psykiatrisk sjukdom ska öka
- Väntetider till barn- och ungdomspsykiatri ska bli kortare
- Tillgång till beteendevetenskaplig kompetens som rehabiliteringsresurs ska erbjudas genom varje vårdcentral
- Alla patienter ska erbjudas vård inom fastställd garantitid

Bemanning vid vårdcentraler

Riket

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. 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 sjukvårdshuvudmännen”.

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

Mittenälvsborg

Specialisering i vårdteamet fordrar en viss storlek på vårdcentralen. Tendensen har varit att delegera från läkarna/generalisterna till personal med olika specialfunktioner. Exempel på detta är diabetesvården som på många ställen som i Lerum stöds av diabetessjuksköterskor med extra utbildning för detta. Sjuksköterskor är patientmottagare och tar också hand om vanliga infektioner. De flesta sjuksköterskorna på vårdcentral har utbildats för att kunna förskriva enklare läkemedel. På samma sätt delegeras uppgifter kring blodtryckskontroller och uppföljning av hjärtsjukdom.

Nya medarbetare på samtliga vårdcentraler är beteendevetare/en kuratorsfunktion. Även psykologkompetens har vårdcentralen tillgång till. De åtar sig kortare samtalsterapier och utredningar

Patienter och besök hos beteendevetare 1:a kvartalet 2006 i Mittenälvsborg

Antal besök	Därav kvinnor	Därav män
1832	1380	452

Dietist finns på en del barnmottagningar. Distriktssköterskor kan gå in med kostrådgivning för vuxna men specialistfunktionen finns på lasarettet i Alingsås.

Ett försök gjordes några år med specialistläkare som konsulter med mottagning på Lerums vårdcentra bl. a. för att ”behålla” patienterna i Mittenälvsborg då många sökte sig till Göteborg. Det gav varierande erfarenheter. Använda ”på rätt sätt” d.v.s. att allmänläkaren hade nära kontakt med specialisten och att vissa konsultationer gjordes tillsammans. Det är viktigt att man samverkar allmänläkare och specialist annars kan patienten bli konfunderad om olika besked ges.

Psykiater finns på särskilda psykiatermottagningar i Lerum och Alingsås (både för barn-och vuxenpsykiatri). Psykiater kommer ut regelbundet till vårdcentralerna för konsultationer. Mödravården har specialiststöd från gynekologer. På BVC verkar både allmänläkare och barnläkare. De senare har särskilda specialistmottagningar där allmänläkare sköter BVC. Speciella ungdomsmottagningar finns i Lerum, Alingsås och Herrljunga, Vårgårda.

HSN om kontinuitet och tillgänglighet.

En utbyggd och tillgänglig primärvård är avgörande för att 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.

Besöksstillgänglighet

– Väntetider i vården i Mittennälsborg

Vårdcentral	Tid inom sju dagar - Målvärde: 85 %
	Vecka 13/2006
Lerum	92 %
Floda	93 %
Gråbo	97 %
Noltorp	100 %
Sörhaga	89 %
Ängabo	98 %
Sollebrunn	96 %
Vårgårda	89 %
Herrljunga	90 %
Medelvärde	94 %

Allmänläkare

Riket

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 Distriktsläkarföreningen 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 patienttävande 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 tvärt emot den engelska modellen med många och korta besök hos vårdgivaren.

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 % respektive 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.

I Mittenälvsborg varierade besökspanoramat en hel del. Läkarbesöken per invånare och år var drygt 1. Antalet besök per läkare och år var ej över 2000. Man upplever att patienterna är ”tyngre”, komplexare än tidigare. Det behövs längre tid för konsultationen. Läkarbesöken tar oftast mer än 1/2 timma. Kontakter (stöd till andra vårdgivare, telefon m.m.) för beslut kring patientproblem är många, ofta fler än 50 per läkare och dag. Allmänläkaren har många andra uppgifter vilket också gör att patientkontakterna varierar i antal olika dagar i veckan. Patientrelaterad administration som journal-, remiss- och intygsskrivning är ofta tidsödande. Datorjournal är i många avseenden ett gott redskap men tar längre tid för läkaren att handskas med än den tidigare pappersjournalen.

Allt detta speglar upplevd tillgänglighet till vården. Många patienter tycker tillgängligheten är god. Har man redan en relation till vårdcentralen är det lätt att återta kontakten. Tröskeln kan vara högre om man inte redan har en fot inne i ”systemet”. Man understryker att tillgängligheten till vårdteamet är god även om läkartillgängligheten kan upplevas mindre god.

Mittenälvsborg

För att öka tillgängligheten är det viktigt att nå upp till den läkartäthet som eftersträvas.

År 2006 fanns i Mittenälvsborg ungefär 1 läkartjänst per 1800 invånare men vakansläget var ungefär 20 %.

I Lerums kommun med 36.000 invånare hade vårdcentralerna följand bemanning 2005.

Lerums vårdcentral	9	allmänläkartjänster (tre team)	för 17.000 invånare
Floda vårdcentral	5,2	”-	för 10.500 invånare
Gråbo vårdcentral	4,5	”-	för 8.500 invånare

Dessutom fanns i Lerum en halv tjänst för äldreomsorg. Under 2006 tillkommer en ”Mobil läkare” med ansvar för hemsjukvård och särskilda boenden och för kontakter med kommunal personal. Tjänsten är knuten till Lerums vårdcentral. En motsvarande tjänst kommer att stationeras i Alingsås.

Primärvården i Västra Götaland 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. Ett förslaget nytt 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 disputerar. Skapa möjlighet för kliniska lektorat.
- Satsning på handledning och handledarutbildningar

Jourverksamheten i Mittenälvsborg

Många turer och fyra utredningar har förekommit för att lösa problemen med organisationen av jourverksamheten i Mittenälvsborg sedan den första jourcentralen öppnades på Sörhaga vårdcentral i Alingsås 1970. I del 2, Primärvårdstiden, beskrivs en av dessa utredningar (1988) med resultat att många alternativ presenterades men inga förändringar gjordes. D.v.s. allmänläkarna hade ansvaret för jouren utanför sjukhuset veckans alla timmar. Från 08 – 17 var ansvaret de enskilda vårdcentralernas, 17 till 23 vardagar förlagd till Jourcentralen och kl. 23 – 08 till lasarettet med en av distriktsläkarna knuten till akutcentralen där. Någon samverkan med lasarettet var det svårt att få tillstånd trots att besöken nattetid kunde räknas på ena handens fingrar.

Eftersom jourverksamheten tog stora resurser i anspråk (i kostnader 1,6 miljoner per år) prövades bl. a. att alltid ha en sjuksköterska som första kontakt före ev. läkarbesök. Detta minskade besöksantalet på kvällarna från 30 till 10 besök. En kort tid hade man också stängt på kvällarna. Kostnaden minskade men servicen också.

Då lasarettet avvecklade oplanerade intagningar och satsade på en öppen akutmottagning kom man till en överenskommelse att lasarettet i Alingsås skulle administrera hela jourverksamheten i Mittenälvsborg. Primärvården satsade nämnda 1,6 miljoner av de 4 miljoner per år som de nya organisationen kostade. Man bemannade akutcentralen med inhyrda läkare med allmänläkarkompetens. De ordinarie distriktsläkarna hade kvar bemanningen under dagtid lördagar och söndagar.

Denna lösning är en försöksverksamhet. Vad som blir den slutliga lösningen får framtiden utvisa.

Distriktssköterskor och barnmorskor

Riket

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 äldrevård.

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 hjärtviktskontroller. 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.

Mittenälvsborg

I primärvården har distriktssköterskan många specialfunktioner: Telefonrådgivare, mottagningsarbete, eget eller i nära samverkan med allmänläkaren, tar hand om vanliga infektionssjukdomar, kostrådgivning, diabetessjuksköterska, astmamottagningar m m.

Huvuduppgift är som tidigare BVC. Mödravården sköts av barnmorskor.

MVC/BVC – 2005, Mittenälvsborg

Några exempel

Mödrhälsovård 2005 - Rökare

Antal inskrivna	1061
Rökare 3 mån före graviditet	17,8 %
Rökare vid inskrivningen	8,4 %
Rökare vid efterkontrollen	5,4 %

Barnhälsovård 2005 – Rökare

Antal nyfödda	1.107
Rökande mödrar när barnet är 8 mån.	7,7 %

Stöd i föräldraskapet

Antal i familjeprogram (ROS) MVC	11
Antal i familjeprogram (ROS) BVC	7

Hembesök nyfödda

Andel föräldrar som fått hembesök efter hemkomsten från BB	55 %
--	------

Föräldrautbildning vid MVC

Antal inskrivna gravida	1061
Deltagare vid föräldrautbildning	60 %
Antal förstföderskor MVC	40,3 %

Föräldrautbildning vid BVC

Antal nyfödda	1107
Deltagare vid föräldrautbildning	42 %
Deltagande av 1:abarns föräldrar	90 %

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Riket

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.

Mittenälvsborg

De flesta vårdcentralerna har sjukgymnastmottagningar (inte Gråbo, Floda och Vårgårda). Organisatoriskt har både sjukgymnasters och arbetsterapeuters ledning flyttats till Alingsås, där det finns en chefssjukgymnast och en chefsarbetsterapeut för hela Mittenälvsborg anställda av primärvården i Mittenälvsborg. En fördel med detta är att det blivit ett närmare samarbete mellan lasarett och vårdcentraler. Organisationen benämns Närrehabilitering.

Primärkommunerna har egen organisation för funktionerna med t. ex. en ansvarig distriktsarbetsterapeut i samverkan med den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS).

Medicinteknisk utrustning

Riket

På 50-talet övergav patienterna ofta provinsialläkarmottagningarna p.g.a. att dessa 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 akutväskor. 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.

Mittenälvsborg

Samma utveckling har gällt Mittenälvsborg. En period hade vårdcentralen i Lerum på försök en avancerad laboratorieutrustning för en mängd analyser som annars sändes till Centrallaboratoriet i Borås. Det gav läkarna och patienterna möjlighet att få provsvar omgående vid konsultationstillfället. Då det ekonomiskt blev en belastning avslutades försöket. Prover tagna lokalt kunde kosta 15:-/prov, sända till Borås 3:-/prov.

En del specialapparat har också inköpts testats som "Bladderscan" (70.000:-), för att kunna få en översikt över urinblåsan t. ex. för att konstatera om det står kvar urin i blåsan, s. k. residualurin vid prostataförstoring.

Avancerade ultraaljudsapparater på mödravårdcentralerna handhas av barnmorskor som fått specialutbildning för denna undersökning. Kostnad cirka 400.000:-.

Informationsutbyte och samverkan

Riket

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 ger rekommendationer om 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.

Mittenälvsborg

Samverkan sker runt olika behovsgrupper, kring enskilda patienter men också generellt på olika nivåer. På politisk nivå finns samverkan mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive kommun, där man bl. a. försöker hitta gemensamma målbilder runt olika grupper som t. ex. äldre. De lokala folkhälsoråden är ett annat forum för samverkan mellan nämnden och kommunerna. Den politiska styrgruppen för Närsjukvård i Mittenälvsborg representeras av Primärvården, Alingsås lasarett och Hälso- och sjukvårdsnämnden. Grunden för utförarnas samverkan är KOLA som är ett samverkansorgan mellan kommunerna i Alingsås, Lerum, Herrljunga och Vårgårda, Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS) samt primärvården i Mittenälvsborg och Alingsås lasarett. Vårdsamverkansgruppen är organiserad med en chefsgrupp, vars uppgift är att utarbeta strategier för vårdsamverkan.

Närsjukvård

F. o .m. 2006 har vårdgivarna i området en gemensam överenskommelse för närsjukvård. Samverkan finns också i form av en politisk styrgrupp för närsjukvården: Alingsås lasarett, Primärvården, Södra Älvsborgs lasarett och Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Medborgardialog

Två målgrupper finns för dialog med medborgare.

- Äldre genom lokalt pensionärsråd (LPR)
- Funktionshindrade genom dialog med brukarorganisationer

I dialogen med det lokala pensionärsrådet (LPR) har det framkommit att man anser det vara angeläget att systemet med mobil läkare utvecklas för att tillgodose de äldres behov av läkarinsatser i hemmet. En annan viktig fråga för LPR är att tillgängligheten vid vårdcentralerna förbättras både genom förbättrad telefontillgänglighet men även möjligheten att få läkartid inom ramen för vårdgarantin.

I dialogen med brukarorganisationerna är tillgången till rehabilitering samt rehabbassängerna för egen träning en aktuell fråga. Brukarna har också framhållit bristen på dietister i Mittenälvsborg.

Både LPR och brukarorganisationerna har pekat på vikten av att dialogen fortsätter och utvecklas.

Kommundialog

Syftet med dialogmötena är att utarbeta strategier för samverkan/samarbetet kring frågor som berör vård, behandling, rehabilitering, habilitering och folkhälsa för att främja god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det är angeläget att skapa samsyn kring begreppet närsjukvård

och vad den nära vården ska omfatta samt vilka grupper i befolkningen som ska prioriteras. En annan förutsättning för att samverka mellan vårdgivarna ska utvecklas är att huvudmännen tar fram gemensamma målbilder för de grupper i befolkningen som samverkan omfattar.

Det som hittills har framkommit i dialogerna är att det finns ett behov av att utveckla och strukturera den lokala vårdsamverkan på kommunnivå.

I vården för gruppen äldre med stort vårdbehov framhåller kommunerna att de har behov av att det finns tillgång till läkare som kan göra hembesök tillsammans med kommunsjuksköterskan för att om möjligt minska äldres vårdbehov av akutsjukvård.

Barn och ungdomar är en annan grupp som diskuterats på dessa möten, där bl. a. implementeringen av Väst-BUS varit en viktig fråga.

Allmänläkare på sjukhus

I några år prövades att ha en av distriktsläkarna som kontaktperson till sjukhuset i Alingsås. Gunnar Hedelin, som var en sådan, berättade att han var med på olika möten där läkare träffades och också själv samlade till informationsmöten.

Ledningen på lasarettet fann funktionen bra men eftersom inget intresse fanns för en motpart bland lasarettsläkarna så slutade funktionen i och med att Gunnar Hedelin slutade.

Läkemedelskommitté

Central läkemedelskommitté i södra Älvsborg har funnits sedan slutet av 1980-talet med representanter för ledningen och för vårdcentralerna. I och med att landstingen tog över finansieringen av läkemedlen aktiverades läkemedelskommittén under ledning av distriktsläkare Ingmarie Skoglund, Borås, som också kom att representera primärvården på nationell nivå. Man satte igång utbildningar kring läkemedelsanvändning. Man diskuterade kostnadsaspekter. Läkemedelsbudget lades ut på vårdcentralnivå och man förband sig att följa den lokala läkemedelslistan för att hålla ned kostnaderna. Överskreds beräknade kostnader för en läkemedelsgrupp 85 % av målet utdelades samktioner.

Ett problem uppstod mellan lasarett och primärvård – vem skulle skriva ut mediciner för vad? Lasarettet ville gärna avhända sig utskrift av dyra mediciner för t. ex. prostatabehandling.

Sjukvårdsupplysning

Riket

Ett nationellt projekt planeras med ett telefonnummer att ringa – 1177. Den centrala enheten skall ”sortera” samtalen till lokala sjukvårdsupplysningar ungefär som man löst det i apoteksväsendet med ett centralt kontaktnummer. Det skulle komma att kosta årligen 25 – 30 miljoner kronor. Västra Götaland är berett att ansluta sig till det nationella systemet. Man vill dock närmare studera hur tekniken utvecklas i ett nationellt system med bokning av läkartider på en vårdcentral direkt via sjukvårdsupplysningen. Kanske bör en stor region som Västra Götaland kunna ha ett eget regionalt system – politikerna har inte bestämt sig.

Västra Götaland
Ur Vårdbarometern

40. Har Du under de senaste 12 månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp?	Västra Götaland	Riket
Ja (råd och hjälp vid sjukdom)	36 %	36 %
Nej	63 %	63 %
Antal		169 183

År 2006 fanns fyra regionala upplysningscentraler. P. g. a. olika system kan de inte samordnas. Regionen satsar på fler sköterskor och utbyggnad av tekniken framför allt i Göteborg där det fungerar sämst.

Mittenälvsborg

Sjukvårdsupplysningen för södra Älvsborg (en av de fyra i Västra Götaland) är stationerad i Alingsås (i kanslihuset för primärvårdsadministrationen). Den är bemannad med 25 sjuksköterskor. Den är et komplement till vårdcentralernas telefonrådgivningar för att kunna erbjuda rådgivning även på tider då vårdcentralerna har stängt , d. v. s. alla tider på dygnet, veckans alla dagar.

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.

Utveckling av tekniska lösningar såsom TeleQ vilket innebär att den vårdsökande efter samtal till vårdcentralen blir uppringd av mottagningssköterskan och slipper vänta i telefonkö. Alla vårdcentraler kommer att ha detta system. En fördel för vårdenheten är förutom att vården lättare kan planeras att man kan få uppgift om telefonbelastningen.

Telefontillgänglighet i Mittenälvsborg (vecka nr 13 år 2006)

Enhet	Inkommande samtal	Behandlade	Behandlade %	Avvisade fylld kö	% avvisade
Lerums VC VL Blå	161	146	91%	15	9%
Lerums VC VL Gul	244	228	93%	16	7%
Lerums VC VL Röd	260	233	90%	27	10%
Sörhaga VC, Alingsås	491	385	78%	106	22%
Vårgårda VC	510	495	97%	15	3%
Herrljunga VC	529	520	98%	9	2%
Ängabo VC, Alingsås	507	473	93%	34	7%
Floda VC	583	526	90%	57	10%
Noltorps VC, Alingsås	1028	514	50%	514	50%
	4313	3520	82%	793	18%

Källa: Assar Bengtsson Infrastruktur VGR – ansvarig för uppföljning av TeleQ

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. Dock finns en reservation. Den nya tekniken kan vara ett problem för många äldre, som inte är vana vid denna indirekta form av tillgänglighet.

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.

Södra Älvsborgs Sjukvårdsupplysning vecka 13 år 2006

	Antal påringningar	Antal besvarade samtal	Antal besvarade påringningar	Andel som fått svar inom 10 min,
Måndag	653	402	62%	47%
Tisdag	324	249	77%	62%
Onsdag	367	268	73%	57%
Fredag	353	266	75%	67%
Medelvardag	1697	1185	70%	58%
Lördag	729	386	53%	36%
Söndag	945	393	42%	21%

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 bland annat p.g.a. journallagens 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.

Västra Götalandsregionen tänker satsa på bättre webbinformation och fler webbtjänster för allmänheten.

Vårdbarometern

Sedan Millenieskiftet (1999) finns en nationell databas ”Vårdbarometern” <http://www.vardbarometern.nu> som omfattar uppgifter om väntetider inom den planerade specialistvården som för olika operationer. Uppgifterna om väntetider uppdateras varje månad. Andelen som fått vård inom tre månader och antalet besök eller behandlingar som genomförts redovisas varje kvartal. man redovisar också uppgifter om befolkningens uppfattning och erfarenheter av vårdens tillgänglighet liksom upplysningar om vad befolkningen anser vara rimliga väntetider

Mittenälvsborg

Man ser många fördelar med datorjournalen och IT-stödet för kvalitetsarbete. Tillgängligheten till journalen är en men det tar längre tid att arbeta med hjälp av datorn som att koppla upp sig till systemet och komma in på patientjournalen. När man dikterar en patientjournalanteckning måste man koppla diktatet till den enskilde patientens datorjournal. Men väl inne har man tillgång även till röntgen och provsvar som registrerats direkt in i patientjournalen.

Genom att vidareutveckla IT-strukturen kommer man att än bättre hantera egna processer och ansvarsgränser. Den vårdsökande kommer att bli mer delaktig i sin behandling. Patienten kommer att kunna ta mer ansvar för sin egen vård. Informationsöverföring och samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning för en väl fungerande vårdkedja.

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.

Kvalitetsarbete

Riket

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 i början av 1990-talet ställde staten medel till förfogande för att stimulera kvalitetsutvecklingen. Olika kvalitetsböcker togs bland annat 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.

Den nuvarande Hälso- och sjukvårdslagen anger en informationsskyldighet. För att den skall bli meningsfull måste uppgifter om vårdens resultat meddelas. Arbetet med kvalitetssäkring har dock kommit igång i mycket begränsad omfattning. I flera OECD-länder inklusive våra nordiska grannländer satsade man redan under 1990-talet på att utveckla öppna redovisningssystem för att allmänheten (lekmän) skulle kunna jämföra vårdresultat mellan olika institutioner.

FoU-enheter

Som avhandlats i del 2 har det sedan mitten av 1980-talet byggts upp FoU-enheter i primärvården en eller flera i alla landstingsområden i Sverige. Lerum fick sin enhet 1988. I och med den kärva ekonomin under 1990-talet reducerades antalet. Det skedde en centralisering men också en samverkan över specialitetsgränser och med kommunerna. Under de senaste 10 åren har alltså enheterna i primärvård minskat i antal och i många fall ingår de nu i större enheter. Fördelen med detta är att lättare samverka och lättare få kompetens och resurser. Om FoU enheter se: <http://www.fou.nu/is/sverige>

FoU-enheterna har betytt mycket för kvaliteten i vården. Enskilda befattningshavare har kunnat driva vårdnära projekt för att utveckla vården i olika avseende. Ett flertal projekt har blivit början till doktorandstudier och nära kontakt med universiteten. På så sätt har primärvården börjat få en plats i forskarvärlden efter att i alla tider stått utanför.

Offentlig betygsättning av vården

Sedan lång tid har allmänhetens insyn till sjukvårdens kvalitet varit 0. Massmedia har oftast fått bevaka området. Genom öppna databaser ökar numera allmänhetens möjligheter att direkt få information om olika kvalitetsvariabler. Ett exempel är Vårdbarometern (<http://www.lf.se/vardbarometern>).

Mittenälvborg

FoU-enheten i Borås

Se <http://www.fou.nu/is/foualvsborg/>

FoU-enheten i Mittenälvborg startade i Lerum 1988 men flyttade med administrationen till Alingsås redan i början av 1990-talet. Då södra Älvsborgs primärvårds administration flyttade till Borås följde enheten med och utvecklades till en FoU-enhet för hela södra Älvsborgs primärvård och tandvård. År 2006 på våren fick enheten egna ändamålsenliga lokaler i ett plan i "Parkhuset" knappa 100 meter från Centralstation och Resecentrum i Borås, på promenadavstånd till stadskärnan. Adress Sven Eriksonsplatsen 4.

Ett viktigt led i kvalitetsarbetet är kompetensutveckling. Fortlöpande efterutbildning och möjlighet för medarbetarna att kompetenshöja sig inom FoU. Ett medel är FoU-enheten i Borås som leds av den disputerade läkaren Ronny Gunnarsson. Enheten har ett väl utbyggt nätverk, och möjligheter att stödja utvecklingsarbete. Detta har också resulterat i ökat intresse för forskning och möjligheter ges att disputerar. Man vill också skapa möjlighet för kliniks lektorat.

Kvalitetsredovisning

Utvecklingen av redovisning och uppföljning av kvaliteten i vården går mot öppna kvalitetsredovisningar både nationellt och regionalt. Det har under några år tagits fram data för de behovsgrupper HSN önskat fördjupa sina kunskaper om. Behovsgrupperna som särskilt följts är för primärvården: Diabetes, depression, osteoporos, astma/KOL, MVC/BVC, demens och palliativ vård. Resultatet från uppföljningarna visar att utförarna i nämndområdet verkar hålla en hög nivå på den medicinska kvaliteten. Det saknas emellertid till stor del uppgifter om patienternas bedömning av effekterna av den vård man fått.

Mätning av diabetesvariabler hela 2005 i Mittenälvsborg

Vårdcentral	HbA1C<6,6%	Bltr < 140/85	Rapport till NDR	Totalt antal diabetespatienter
Lerum	74%	52%	96%	267
Floda	74%	49%	97%	255
Gråbo	77%	70%		194
Noltorp	63%	56%	92%	282
Sörhaga	69%	58%	83%	189
Ängabo	61%	58%	80%	221
Sollebrunn	72%	36%	98%	122
Vårgårda	66%	41%	95%	203
Herrljunga	68%	48%		139
Medelvärde	69%	52%		
Totalt				1872

Förr togs få prover för diabeteskontroll. Nu följer man ett vårdprogram utarbetat av Peter Forss, Alingsås lasarets medicinklinik, med 13 variabler som skall kontrolleras på varje diabetiker och registreras. Programmet bevakar individuellt att detta görs vid besökstillfällena.

Genom att utveckla IT- och journalsystemet har man alltså fått möjlighet att registrera och ta ut olika kvalitetsdata. Det som registrerats kan användas för resultatsutvärderingar av olika slag. Administrativa data som olika kontaktformer registreras fortlöpande och kan med sökgeneratorer lätt tas fram.

Satsning på handledning och handledarutbildning ingår i kvalitetsarbetet.

Samarbete med universitetet i syfte att få fler studerande att välja allmänmedicin som vidareutbildning. Detta bland annat genom aktivt deltagande i kursverksamheten som TYK (tidig yrkeskontakt), delaktighet i konsultationskunskapskurs och läkarutbildningens avslutande termin. Kontaktperson är distriktsläkare Bernhard von Below, Floda vårdcentral.

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 sluten 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,
- Organisation 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 ryggbesvär, sköldkörtelsjukdom, depression och antikoagulantabehandling.
- 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 Lökvist 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 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 10000 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, äldreården 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 – se sammanfattning av rapporten nedan. 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 bli 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.”

I en ledare i Göteborgsposten 14 juli 2006 skrivs bl. a. :

”Det finns länder där sjuka människor får vård när de behöver den. Det finns länder där sjuka människor inte ens behöver ta sig till vårdcentralen. Länder där doktorn gör hembesök redan samma dag. För en hårdad svensk kan det låta som en utopi. För en fransman eller belgare är det en självklarhet.

Dålig tillgänglighet är det största problemet inom svensk hälso- och sjukvård i dag, en brist som visserligen inte är unik för Sverige, men att fler länder tampas med liknande problem är ingen tröst. I synnerhet inte som det samtidigt även finns lyckade exempel på inte alltför långt håll....”

.....”Ska primärvården fungera behöver den framför allt mer resurser, inte minst mänt i personal. Vid en europeisk jämförelse har Sverige en betydligt lägre andel av läkarna inom primärvården.

Här finns en av sju läkare inom primärvården jämfört med en av tre i många andra europeiska länder, förklarade Birgitta Rydberg, (fp) sjukvårdslandstingsråd från Stockholm, under en vårddebatt under Almedalsveckan på Gotland. Hon konstaterade också att primärvårdens totala andel av sjukvårdskostnaderna inte ökat, vilket naturligtvis rimmar illa med politikernas löften om att prioritera första linjens sjukvård.

Slopat remisstvång till specialistvård och fler proffessioner i anslutning till vårdcentralerna är andra förslag som nämns allt oftare för att lösa upp de proppar som hindrar att sjuka människor får hjälp i rimlig tid.

Det skulle kunna förbättra både tillgänglighet och samordning i vården. Men det löser förstås inte problem med sjukvårdspolitikerna som handlar innan de tänker.”

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.

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.

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.

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.”

Hälso- och sjukvården till 2030

En rapport som framtagits av Sveriges kommuner och landsting.

Man anser i rapporten att behovet av resurser till vården kommer att öka med i genomsnitt 1,6 procent per år fram till 2030. Hälften av ökningen beror på demografi (åldersfördelning i befolkningen) och hälften av andra faktorer. Intäkterna av vården beräknas öka med 0,5 procent per år, om skatten blir oförändrad. För att finansiera gapet skulle sjukvårdens andel av BNP behöva öka från 9 procent till 12 procent och skatten behöva höjas med fem kronor. Därför behövs en fortsatt diskussion om hur finansieringen ska gå till. Höjda avgifter, fler privata vårdförsäkringar och större effektivisering av vården är några vägar enligt rapportförfattarna.

Prognoser i all ära, men de slår sällan in!

Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, slutrapport från Socialstyrelsen 2005

Sammanfattning

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården anges inriktningen för primärvård, vård och omsorg om äldre, psykisk ohälsa samt för mångfald av vårdgivare. För att stimulera utvecklingen omfattar handlingsplanen tre centrala delar; utvecklingsavtal, ett resurstillskott på närmare nio miljarder kronor under perioden 2001–2004 och uppföljning.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen under åren 2002–2005.

Underlaget för att beskriva utvecklingen i denna slutrapport utgörs av landstingens uppföljningar av sina lokala handlingsplaner, källor som medger jämförelser mellan landstingen samt olika studier som gjorts inom för uppföljningen relevanta områden. Inför slutrapporten har Socialstyrelsen också upprepat några tidigare fördjupningsstudier för att spegla utvecklingen över tid.

Utvecklingen inom primärvården

Ingen förändring har skett på nationell nivå beträffande andelen av befolkningen som har en fast läkare i primärvården. Lika många (drygt 40 procent) har en fast läkare idag som för tre år sedan. På landstingsnivå ser det emellertid annorlunda ut. I åtta landsting har färre invånare fast läkare idag jämfört med år 2002, medan fler invånare har fast läkare bara i två landsting.

Endast ett fåtal landsting har tydligt redogjort för hur patienterna erbjuds att välja fast läkare och hur ersättningssystemet är utformat så att det stödjer valet. Av övriga landstingsredovisningar går det inte att få fram hur valfriheten tillgodoses. Mycket tyder på att en majoritet av landstingen i praktiken tillämpar områdesansvar.

Antalet allmänläkare har ökat de senaste åren men inte i samma takt som målsättningen i den nationella handlingsplanen. Det saknas fortfarande ca 200 allmänläkare för att handlingsplanens mål för år 2004 ska nås. Möjligheten att rekrytera specialister i allmänmedicin och framför allt ST-läkare (läkare för specialistutbildning) tycks ha förbättrats under det senaste året.

Befolkningen upplever att det har blivit lättare att komma fram på telefon till vårdcentralen, även om Socialstyrelsens telefontillgänglighetsmätning visar att ingen egentlig förändring har skett de senaste åren. Att befolkningen ändå upplever att det är lättare att komma fram kan bero på att allt fler vårdcentraler använder sig av s.k. telefonpassningssystem och Internet. Sjukvårdsrådgivningen har också byggts ut kraftigt under senare år. Den nya tekniken kan emellertid vara problematisk för t.ex. äldre och funktionshindrade.

Det blir allt vanligare att vårdcentralerna inrättar sjuksköterskeledda specialmottagningar för patienter med t.ex. kroniska sjukdomar.

Trots fler läkare, utbyggd sjukvårdsrådgivning, sjuksköterskeledda specialmottagningar etc. har väntetiderna till läkarbesök på vårdcentralen varit oförändrade under den tid som handlingsplanen varit verksam. Kontinuiteten i de fasta läkarkontakterna har inte heller förbättrats. Utvecklingen kan inte förklaras av att antalet läkarbesök i primärvården har ökat, de har i stort sett varit oförändrade.

Tre landsting – Kalmar, Blekinge och Gotland – uppvisar enligt Socialstyrelsens befolkningsenkäter bättre resultat än övriga landsting inom flera av de områden som lyfts fram i handlingsplanen. Bland annat är befolkningen i dessa landsting mer nöjd med telefontillgängligheten och väntetidernas längd. De landsting med flest försämringar över tid är Jönköping och Västerbotten. Varken läkartäthet eller kostnader för primärvården tycks ligga bakom skillnaderna i resultat. Landsting med goda eller dåliga resultat kan ha både hög eller låg läkartäthet respektive höga eller låga kostnader för primärvård.

Det är svårt att få överblick över FoU-verksamheterna i primärvården. Verksamheterna ser olika ut i landstingen, uppbyggnaden, omfattningen och inriktningen varierar.

Utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre

Antalet personer som omfattas av den kommunala vården och omsorgen har i stort sett varit oförändrat de senaste åren. En viss ökning av personal har dock skett, bl.a. har fler högskoleutbildade anställts. Andelen anställda med grundläggande vårdutbildning har också ökat något under perioden. Två tredjedelar av kommunerna har erbjudit sjuksköterskor vidareutbildning för att fördjupa den medicinska kompetensen.

Landstingen har i samverkan med kommunerna arbetat för att öka läkarmedverkan i kommunernas vård och omsorg, framför allt inom särskilda boenden. Antalet avtal om läkarmedverkan har ökat och tillgången till läkare har förbättrats sedan år 2001. I hemsjukvården förekommer emellertid avtal mera sällan och tillgången till läkare tycks också

vara sämre än i särskilda boenden. Läkartillgången under jourtid fungerar generellt sämre än under dagtid.

Utvecklingen inom kommunernas vård och omsorg har de senaste åren gått mot allt mer vård i det egna hemmet och kvarboendepincipen betonas. Särskilda boenden omvandlas till ordinarie boenden i viss utsträckning. Omstruktureringen har emellertid inte följts av en förstärkt hemsjukvård med tillfredsställande läkartillgänglighet.

Rutinerna för utskrivningsklara patienter inom slutenvården har förbättrats och antalet utskrivningsklara har minskat. IT-stöd används i allt större utsträckning för att underlätta informationsöverföringen mellan vårdnivåerna. Trots det utvecklingsarbete som genomförts, saknas emellertid fortfarande vårdplaner för många patienter och bristerna i vårdkedjan kvarstår på många håll. Som ett medel för att utveckla samverkan har landstingen och kommunerna börjat visa visst intresse för gemensamma nämnder. Under det senaste året har några nämnder bildats.

En rad olika former av anhängstöd finns etablerade runt om i landets kommuner. Det är framför allt anhängstöd i form av avlösning i hemmet, via dagvård/dagverksamhet och korttids-/växelvård som utgör basen i stödet. Trots att majoriteten av kommunerna arbetade med att utveckla anhängstödet år 2004 har en minskning skett sedan år 2002. Bredden på utbudet av stödformer har minskat och anhängstödet tycks gå mot att bli en alltmer integrerad insats i stället för att vara en självständig insats vid sidan av övrigt stöd.

I ungefär varannan kommun ökar efterfrågan på anhängstöd. Kommunerna uppger att de har begränsade kunskaper om behoven bland anhöriga som själva eller vars närstående inte har kontakt med kommunen, men minskar ändå informationsansträngningarna riktade mot dessa grupper. Landstingens verksamheter borde också involveras i arbetet med att finna och informera anhöriga om vilka möjligheter till stöd som finns.

Utvecklingen för vissa grupper med psykisk ohälsa

Under åren med handlingsplanen har satsningar i första hand skett på barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Alla landsting har genomfört stora satsningar för att kunna erbjuda tidigt stöd till utsatta barn och ungdomar. Nya målgrupper med delvis annorlunda vårdbehov har också tillkommit. Vårdprogram för ungdomar med psykisk ohälsa och samtidigt missbruk finns emellertid bara i enstaka landsting. Flera landsting redovisar att de planerar att utveckla denna vård. Samordningen av insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har påbörjats i några delar av landet, men är helt genomförd endast på Gotland. Ofta rör det samordnad vård kring specifika målgrupper.

Landstingens särskilda insatser för psykiskt funktionshindrade är otillräckliga. Vilka som definieras som tillhörande gruppen varierar också. Åtgärder för att förbättra den somatiska ohälsan beskrivs endast av några få landsting och primärvårdens roll är ofta oklar. Graden av samverkan med andra vårdgivare varierar likaså.

Trots att den psykiska ohälsan hos äldre kan betraktas som ett folkhälsoproblem är identifiering och behandling av psykisk ohälsa hos äldre fortfarande det mest eftersatta området när det gäller landstingens insatser för människor med psykisk ohälsa.

Utvecklingen av mångfald av vårdgivare

Den utveckling med en relativt stor ökning av privata vårdgivare i landstingen som skedde i slutet på 1990-talet har avstannat. År 2003 gjordes ungefär en fjärdedel av samtliga läkarbesök inom primärvård hos privata vårdgivare. Förekomsten av privat vård varierar liksom tidigare kraftigt mellan landstingen. Landstingen har överlag visat liten aktivitet när det gäller att stimulera mångfald av driftformer. Förklaringarna kan bl.a. vara ointresse för frågan och svårighet att attrahera entreprenader vid upphandlingar. En annan broms i utvecklingen är lagen om offentlig upphandling (LOU).

Under de år som handlingsplanen har verkat har andelen äldre som fått hemtjänst/särskilt boende i privat regi i kommunerna ökat med ett par procent. Andelen privata vårdgivare varierade stort mellan kommunerna. I den kommunala vården och omsorgen är icke vinstdrivande organisationer vanligare än inom landstingets verksamhet.

Erfarenheter från patientnämnderna

Ungefär en fjärdedel av alla anmälningar hos patientnämnderna gäller primärvården, där ärendemängden har fördubblats de senaste fyra åren. Den ökande ärendemängden behöver inte bero på ett ökat missnöje med vården utan kan vara ett uttryck för en ökad anmälningsbenägenhet hos patienterna. Det är framför allt bemötandeärenden i primärvården som har ökat. Vanligast förekommande är synpunkter på bemötande, tillgänglighet och kontinuitet/valfrihet.

Antalet ärenden som rör den kommunala äldreomsorgen är mycket litet. Anmälningarna rör till största delen omvårdnadsfrågor och samverkan mellan landsting och kommuner.

Frågor som rör psykiatri utgör också de endast en liten del av anmälningarna, men antalet ärenden har ökat med mer än två tredjedelar sedan år 2000. Ärendena handlar bl.a. om bemötande, tillgänglighet, kontinuitet/valfrihet och samverkan mellan psykiatri och primärvård.

Antalet ärenden hos landets patientnämnder är mycket litet i förhållande till den totala mängden läkarbesök och vårdtillfällen och kan inte ses som representativt för hur patienterna upplever hälso- och sjukvården. Man kan dock konstatera att de problem som patienterna vänder sig till nämnderna med, stämmer väl överens med de områden som den nationella handlingsplanen fokuserar på.

Handlingsplanens betydelse för utvecklingen

Landstingen arbetar på olika sätt för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Det handlar t.ex. om utbyggnad av sjukvårdsrådgivning, olika slags telefonpassningssystem och sjuksköterskeledda specialmottagningar. De arbetar också för att öka läkartätheten i primärvården och för att förbättra läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen. Även inom området psykisk ohälsa görs insatser, framför allt när det gäller barn och ungdomar.

Kommunerna arbetar för att öka kompetensen hos personalen och till viss del med att utveckla anhörigstödet. Samverkan mellan kommuner och landsting är också ett område som man försöker förbättra. Arbetet har inte alltid – som framgår av resultatredovisningen – varit framgångsrikt. Det är svårt att få en uppfattning om handlingsplanens betydelse för arbetet, dvs. vad som har skett tack vare handlingsplanen och vad som skulle ha skett om handlingsplanen inte funnits.

En majoritet av landstingen uttrycker att de har fasat in handlingsplanen i ett redan pågående eller planerat utvecklingsarbete. De har valt att arbeta med vissa områden i planen, men tycks egentligen inte ha tagit till sig handlingsplanens helhet och grundläggande idé om hälso- och sjukvårdens utveckling.

Familjeläkarkonceptet är en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Viktiga ingredienser i ett familjeläkarsystem är fast läkarkontakt, valfrihet och mångfald. Just dessa frågor har tonats ner i åtskilliga landsting. Till viss del kan utvecklingen bero på att det saknas allmänläkare, men det tycks också finnas en skillnad mellan den uppfattning som regeringen ger uttryck för i handlingsplanen om hur primärvården ska utvecklas och åtskilliga landstings.

I många landsting finns i stället fokus på fortsatt utveckling mot närsjukvård. Den bärande tanken i närsjukvården är att primärvården inte ensam kan lösa uppdraget att tillgodose det basala hälso- och sjukvårdsbehovet utan att det krävs ett integrerat arbetssätt mellan olika vårdnivåer.

Vid en samlad bedömning tycks handlingsplanen med dess olika komponenter haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. I kommunerna förefaller kännedomen om handlingsplanen varit bristfällig. Landstingen har inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatri. Utvecklingen går också i många landsting mot närsjukvård i stället för mot införande av ett familjeläkarsystem.

Eftersom närsjukvårdsutvecklingen är i sin linda är det svårt att uttala sig om i vilken utsträckning man kommer att lyckas med ambitionerna. Som konstateras i rapporten önskar befolkningen en fast läkarkontakt. Även i närsjukvården måste man således lösa frågor kring läkartäthet, kontinuitet och samverkan.

PRIMÄRVÅRD I FÖRÄNDRING

Som vi erfarit av föregående avsnitt sker en ständig förändring/utveckling av primärvården. Trots detta söker man vägar att göra den öppna vården effektivare mot mål som samverkan, kontinuitet och tillgänglighet. Närsjukvården är en utveckling av primärvården i samverkan med närsjukhusets specialister och primärkommunens verksamheter.

Anders Anell, chef för Institutet för hälsoekonomi, IHE, i Lund och ledamot av SBU:s råd (Statens beredning för medicinsk utvärdering), har på ett briljant sätt beskrivit och analyserat denna utveckling. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker.

Olika modeller för primärvårdens organisation

Hämtat ur boken *"Primärvård i förändring"* av Anders Anell, Studentlitteratur, 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, ångslan, 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 familjeläkärsystem - 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 vårdsökande. 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)."

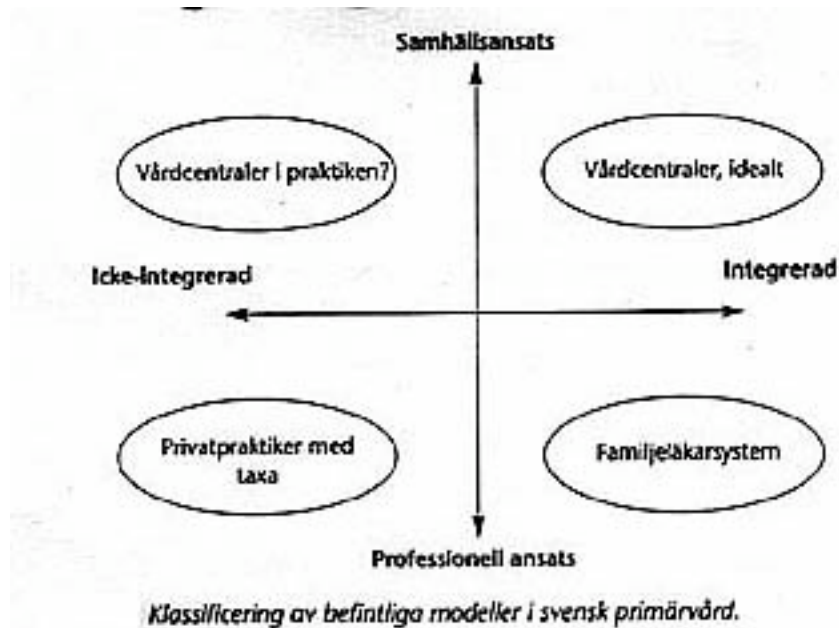
Anell visar på och diskuterar några tänkbara modeller för svensk primärvård.

"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 vårdökande. 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 kompetensinnehåll 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 familjeläkarsystem 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 lyhördhet gentemot patienterna genom att ändra dess incitament. På så sätt skulle ju teoretiskt sett den integrerade samhällsmodellen dominera även primärvårdsmodeller med en professionell ansats, som enligt den kanadensiska studien får ett bättre betyg för just tillgänglighet och lyhördhet 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 lyhördhet 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 samtliga 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 individers val.

Det är ett annat sätt att skapa incitament som främjar tillgänglighet och lyhördhet, 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 lyhördheten 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 lyhördheten gentemot patienternas önskemål kan påverkas med enbart ändrade ersättningsprinciper.

Även om man kan "lura" den integrerade samhällsmodellen att uppnå bättre betyg på tillgänglighet och lyhördhet 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 samhälleliga modellen. Det är möjligt att införandet av sådana principer leder till en implicit förändring av primärvårdens vision, såtillvida att lyhördheten gentemot enskilda patients 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 dock inte självklart att en ökad betoning på tillgänglighet och lyhördhet 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?	Allmänläkare	Ansats	Team
Ja	Princip: Listningssystem till familjeläkare.	Princip: Listning till primärvårdsenhet med bred kompetens.	
	Exempel: Befintliga familjeläkarsystem med individuella val för befolkningen; PROTON och tidigare husläkarlag.	Exempel: Befintliga system med individuella val av vårdcentral med bred kompetens.	
Nej	Princip: Befolkningsansvar för utsedd allmänläkare.	Princip: Befolkningsansvar för vårdcentral med bred kompetens och brett ansvar.	
	Exempel: Tidigare provinsialläkarsystem och allmänläkartjänster i glesbygd.	Exempel: Det ursprungliga idealet för svenska vårdcentraler. Utvecklingen mot närsjukvård följer i huvudsak denna princip.	

Hälso- och sjukvårdens reformer

En internationell jämförelse av Bruno Palier, samhällsforskare vid Centre National de la Recherche Scientifique.

Han redogör i kapitel fem för "Fallet Sverige":

"Ur ett internationellt och jämförande perspektiv är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ganska motsägelsefullt. Det är faktiskt ett av världens bästa hälso- och sjukvårdssystem i fråga om social täckning och jämlikhet, hälsoresultat och ekonomisk hållbarhet. Systemet är mycket ifrågasatt inom Sverige och medborgarna är ganska missnöjda med hur systemet fungerar och bekymrar sig för framtiden. Då systemet varit föremål för ständiga omfördelningar av ansvar på de olika förvaltningsnivåerna; riks-, landstings- och kommunnivå och då de lokala myndigheterna har fått ett allt större politiskt manöverutrymme, går det inte att säga att det svenska systemet är så entydigt. I slutet av 1980-talet kunde vissa tendenser skönjas. Det gällde en växande decentralisering, en drastisk kontroll av budget och kostnader, införande av marknadsmekanismer i en modell av managed competition, ersättning efter verksamhet och resultat och betydande överföring av sjukhusens vårdutbud till primärvårdsmottagningar. Inget av detta har medfört några kvalitativt försämrade hälsoresultat, tvärtom. En viss ojämlikhet har dock spridit sig, som

på den sista tiden har gett upphov till en koncentration av kontroll och beslut. När det gäller de svårigheter som förekommer i andra länder har det svenska systemets förmåga att anpassa sig till dem, samtidigt som systemets fördelar har bevarats, varit anmärkningsvärd. Förändringarna har dock väckt en stor oro hos befolkningen, som är ganska missnöjd med sitt hälso- och sjukvårdssystem. De nya reformerna måste väcka både tillförsikt och tillfredsställelse hos befolkningen och försöka bibehålla de krav på kvalitet, jämlikhet och ekonomisk styrning som gör det svenska systemet så överlägset i förhållande till andra industriländers hälso- och sjukvårdssystem.”

Hans slutsats:

”Under senare år har alla hälso- och sjukvårdssystem i industriländerna varit föremål för mer eller mindre genomgripande reformer. Dessa reformer har alla sträva efter att minska eller åtminstone kontrollera de offentliga kostnaderna. Reformerna har inneburit regleringsmekanismer baserade på konkurrens mellan aktörer (försäkringsgivare och vårdgivare), i hopp om att deras effektivitet skulle öka. Införandet av konkurrens ger dock upphov till ojämlikhet och ofta ökade sjukvårdskostnader. Med en sådan politik handlar det inte om att stävja de totala sjukvårdskostnaderna utan att överföra en del av vårdansvaret till den privata sektorn.

Det kan verka konstigt att man väljer lösningar som man vet ökar ojämlikheten och kanske de totala sjukvårdskostnaderna då man vill kontrollera sjukvårdskostnaderna. Det är annat som tynger dessa reformer. Först och främst en önskan att anpassa hälso- och sjukvårdssystemen till nya ekonomiska förhållanden som tvingar fram sänkta sociala avgifter och minskade offentliga utgifter och som i stigande grad lovordar marknadsmekanismer som allmängiltiga reglerare. Större frihet och konkurrens i hälso- och sjukvården tycks för övrigt också motsvara användarnas höga förväntningar, otåliga på grund av de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens långa väntetider och angelägna om att genast kunna utnyttja alla medicinska framsteg.

Reformerna av hälso- och sjukvårdssystemen är liksom utspridda på fyra ofta motsägelsefulla mål: Säkerställa systemens ekonomiska hållbarhet; men också en jämliktillgång till vård; vårdkvalitet och slutligen; patienternas och vårdpersonalens frihet och bekvämlighet.

Alla reformer försöker förena dessa sociala mål (samma vård åt alla), folkhälsomål (bästa vårdresultat), ekonomiska mål (ekonomisk hållbarhet och konkurrenskraft) och politiska mål (nöjda användare och vårdgivare, d. v. s. respekt för deras valfrihet och handlingsfrihet och inga väntetider...). Om inte det går att skapa en reform som kan förbättra dessa dimensioner på en gång, är det dock viktigt att redogöra för alla medborgare klart och tydligt vilka konsekvenser de olika alternativen får. Särskilt valet av frihet och bekvämlighet på bekostnad av jämlikheten.”

PROTOS

Distriktsläkarföreningen lade fram en modell ”Protos”, som innebar en familjeläkarmodell med privatläkarfinansieringen som en förutsättning. Den stöddes av 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.

Likasa 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)

Närsjukvård enligt Läkarförbundet

Läkarförbundet satte dock in Protosmodellen i ett större perspektiv och anvisade en närsjukvårdsmodell i skriften "Framtidens närsjukvård", 2006.

Sammanfattningen:

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Den demografiska och medicinska utvecklingen gör att efterfrågan på vård ökar i snabbare takt än både skatteunderlag och produktivitet. Sjukvården har redan idag storbrist på resurser. Det måste lösas med en kombination av effektiviseringar, tillskott av nya resurser och bättre prioriteringar samt en omfördelning från andra samhällssektorer. Sammantaget kan dock inte alla resursbehov lösas utan en samtidig omstrukturering av sjukvården. De framtida behoven måste mötas med en kraftig utbyggnad av primärvården och den öppna specialistvården. De stora förändringarna som skedde under 1990-talet, bl. a. ÄDEL-, psykiatri- och handikappreformerna i kombination med finansieringsproblemen, som påskyndade den omfattande omstruktureringen från slutet till öppenvård, har inneburit problem särskilt för äldre och andra patientgrupper med omfattande vårdbehov.

Många länsdelssjukhus – där man naturligt utvecklade en allmän internmedicinsk kompetens för patienter med omfattande vårdbehov – har lagts ned varvid även fungerande nätverk för samverkan med kommunens och primärvårdens medarbetare brutits upp.

Sveriges läkarförbund föreslår här en närsjukvårdsmodell som uppfyller målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård baserad på hög professionell kompetens.

- *Närsjukvården definieras som vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.*
- *Närsjukvården består av tre delar: Primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.*

Primär närsjukvård

- Den primära närsjukvården består av familjeläkarvården och vård i boendet.
- Alla invånare ges möjlighet att välja en egen familjeläkare med specialistkompetens i allmänmedicin.
- Ersättningen till familjeläkarna skall regleras nationellt.
- Den person som efter bostadsbedömning har rätt till särskilt boende skall med en vård- och omsorgsavgift kunna välja sitt boende.

Specialiserad närsjukvård

- Den specialiserade närsjukvården omfattar dels vård av dem som uppsöker specialistvård och som inte behöver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser, dels vård av dem som remitterats dit från sjukhus eller från primär närsjukvård. Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även vård vid närsjukhus.
- Den specialiserade närsjukvården bygger på regional beställning där en mångfald av vårdgivare får konkurrera om rätten att få sköta specialistläkarvården inom ramen för den totala volym som efterfrågas. Även driften av närsjukhusens vårdplatser upphandlas i konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare.
- Specialistläkarens ersättningar regleras nationellt, motsvarande dagens nationella taxa (lagen om läkarvårdsersättning). Taxan kan vidareutvecklas i regionala tilläggsuppgifter utifrån lokala förhållanden.
- Det skall vara möjligt för läkare att kombinera arbete i den fullt utrustade sjukhusvården och närsjukvården liksom arbete hos olika huvudmän. Denna möjlighet är viktig för att garantera och främja ömsesidig kunskapsspridning, kvalitetsutveckling och patientnära klinisk forskning.

Samverkansvård

- Samverkansvård omfattar de personer som behöver hälso- och sjukvård i boendet och som dessutom har ett varaktigt behov av läkarinsatser.

- Betalningsansvaret för samverkansvården överförs till kommunerna som får kompensation via statsbidragssystemet.
- Kommunerna (eller de företag som driver gruppboendet) ges möjlighet att anställa eller sluta avtal med läkare.

Kritik mot PROTOS och Läkarförbundets framtida närsjukvård

Citat ur DLF:s i Jönköping debattartikel i Allmänmedicin nr 3 2006

Man sammanfattar sina synpunkter på närsjukvårdsprogrammet att det inte är till hjälp för primärvårdsutbyggnaden och allmänmedicinen och att det marginaliserar Läkarförbundet i samhällsdebatten. Som grund för det senare påståendet hänvisar man till Dagens Medicin 3/06 som bedömer Protosförslaget som "stendött", inget landsting vill pröva det och inget av regeringsalternativen för nästa mandatperiod tänker driva det framgent. Man anser istället att Läkarförbundet på alla sätt borde stödja svaga områden som allmänmedicin och psykiatri. Man tycker att Läkarförbundets förslag försöker föra in den specialiserade öppenvården i närsjukvårdskomplexet, att göra subspecialiserad vård till första linjens sjukvård parallellt med s. k. primär närsjukvård. Man anser att istället skulle förbundet glasklart ha lyft fram distriktsläkarens/familjeläkarens roll och resonerat om samverkan med distriktsköterskan och vad hennes områdesansvar i förening med allmänläkaren betyder för människors grundläggande behov av bassjukvård. Vad tappar man, frågar sig debattörerna, genom en utveckling där subspecialisten kan väljas fritt i första linjens sjukvård. Förslaget vill lösa ett splittrat vårdutbud men förslagen snarast ökar det splittrade vårdutbudet med nya gränser professionellt – t. ex. mellan sjukhusläkare och familjeläkarorganisationen och mellan läkarinsatser i kommun respektive vårdcentraler man föreslår ju bl.a. att kommunerna ska kunna inrätta deltidsanställda läkare i äldreomsorgen på servicehusen. Men vad händer utanför de köpta timmarna när äldre behöver tillsyn och akuta vårdinsatser? Integrationen med vårdcentralens allmänläkare och jourssystem är fundamentalt.

Man pekar på att remisstiden inom förbundet är så kort att medlemmarna inte hinner ta ställning till förslagen. Trots den dåliga förankringen i beslutsprocessen är det anmärkningsvärt att Läkarförbundet driver opinionsbildning för det offensivt, som i Almedalen sommaren 2006 inför valet av ny riksdag och regering hösten 2006.

Ny modell för primärvård föreslås av åtta Saco-förbund

Primärvården måste byggas ut och ges ökade resurser om den ska kunna utgöra basen i svensk hälso- och sjukvård. Dessutom behöver både arbetssätt och organisation förnyas.

Det skriver de åtta förbund som ingår i Saco Vård när de nu tillsammans presenterar en ny primärvårdsmodell.

Dessa förbund representerar sjukgymnaster, farmaceuter, allmänläkare, dietister, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter och logopeder, vilka alla ska finnas tillgängliga vid varje primärvårdsenhet. Vårdförbundet som representerar sjuksköterskorna var inte beredda att i en första omgång vara med.

Patienten kan lista sig hos vilken enhet som helst, inklusive den läkare som då blir patientens fasta läkarkontakt. Patienten ska själv kunna välja vilken kompetens inom enheten som vederbörande vill ta i anspråk utan remissförfarande.

På så sätt skulle enligt förslaget söktrycket minska på allmänläkarna. Om patienten har behov av flera professioner sätts team samman utifrån den specifika situationen. Enligt Saco Vård är det antagligen personer som lider av psykisk ohälsa och äldre med flera diagnoser som kommer att kunna dra störst nytta av den möjligheten.

Saco Vård har i sitt program också formulerat vad primärvårdens uppdrag bör gå ut på:

»... att ta emot alla patienter som söker vård och slutbehandla 90 procent av de hälsoproblem som inte kräver den specialiserade vårdens resurser. I grunduppdraget ingår också förebyggande vård och rehabilitering.«

I den nuvarande lagstiftningen är primärvårdens uppdrag vagt formulerat, och det är upp till varje sjukvårdshuvudman att precisera det.

Saco Vård anser att varje primärvårdsenhet ska ha samma tydliga, välvärnsade grunduppdrag. Ersättningen till primärvårdsenheterna ska vara lika för alla, någon upphandling

med priskonkurrens ska inte ske, men den som uppfyller kraven på utbud och kvalitet ska ha full frihet att etablera sig. Saco Vård anser att den årliga fasta ersättningen bör uppgå till minst 50 procent av tjänsternas normala kostnader.

Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Läkarförbundet, tror att man nu ska kunna få större gehör för den nu föreslagna primärvårdsmodellen än vad Läkarförbundet fått för Protos, som av många upplevts som för läkarfokuserat.

Jag ser egentligen inga svagheter med förslaget, bara möjligheter. Vi ser fortfarande läkare som basen i primärvården, men det finns plats i huset för fler.

Anna-Karin Eklund, ordförande i Vårdförbundet, har inte närmare granskat förslaget men är skeptiskt till att det är alltför inriktat på strukturen och för lite på individen. Hon anser visserligen att det är positivt med tanken att det ska finnas tillgång till många olika kompetenser i primärvården, men är kritisk till att distriktssköterskor överhuvudtaget inte nämns i förslaget, de utgör enligt Vårdförbundet drygt två tredjedelar av personalen i primärvården.

Saco Vård hoppas nu att något landsting vill pröva den föreslagna modellen, men påpekar att det krävs ett försök på ett par tre år för att verkligen kunna se några effekter.

– Man måste ha is i magen för att se hur insatser i primärvården kan ha effekt på andra nivåer. Det är otroligt mycket billigare med en öppen primärvård än med nattjourer, sa Örjan Salling, förbundsdirektör i Sveriges psykologförbund.

Läs förslaget i sin helhet på <<http://www.slf.se>>.

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

År 2001 infördes i Norge ett system kallat fastlegeordningen (FLO), som bl. a. innebär att patienterna väljer sin allmänläkare.

FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland har granskat Fastelegeordningen i rapporten ”*Vad kan Sverige lära av fastlegeordningen i Norge. Ur rapporten hämtas.*

”I Norge fanns före reformen liksom i Sverige stora svårigheter att rekrytera allmänläkare. År 1997 var 28% av kommunelegetjänsterna i nordnorge vakanta, i småkommunerna (under 4000 invånare) var 37% vakanta.....Tillgängligheten liksom kontinuiteten var låg på många håll. Effektiviteten var ifrågasatt.Under dagtid behandlades ett mindre antal patienter med ett stort antal hänvisades till legevakten på jourtid då arbetet var prestationsersatt.

Fastelegeordningen innebär att alla invånare efter eget val får lista sig hos en allmänpraktiserande läkare benämnd fastlege. Detta är fastställt i en nationell lag. Fastelegene arbetar som egna företagare (frånsett cirka 5% som är löneanställda) med individuella avtal med respektive kommun och ersätts enligt en nationell taxa. Allmänläkaren har en avgränsad uppgift med ett bestämt antal invånare på listan (högst 2500 och i genomsnitt 1200). I de lokala avtalen mellan kommun och fastlege regleras öppettider, telefontillgänglighet, lokaler, redovisningsrutiner och ekonomiska ersättningar samt offentligt folkhälsöarbete och deltagande i jourverksamhet. Det finns ett starkt ekonomiskt incitament till aktivitet med 70% av inkomsten i form av prestationsbaserad ersättning”.

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

Läkartäckningen i Norge har förbättrats avsevärt. Det inrättades 300 nya allmänläkartjänster. Från att före reformen 67% av befolkningen hade en fast allmänläkarkontakt och var fyra år efter genomförandet 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 skolhälsovård.

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.

Mer ur FoU-rapporten från östergötland:

"Trots stora likheter i kultur och geografi finns det på avgörande punkter stora skillnader mellan Norges och Sveriges hälso- och sjukvård, särskilt i fråga om primärvård. Norge har genom FLO ett nationellt styrt system, medan primärvården i Sverige styrs av självständiga regionala/lokala landsting. Följaktligen blir styrning och uppföljning av sjukvården mera enhetlig i Norge. I Norge finns genom FLO ett personligt avtal mellan patienten och fastelegen, medan Sverige domineras av grupppraktik samt lagarbete vid vårdcentralerna med ansvar gentemot ett geografiskt område. Fastelegen riskerar inte, som de privat drivna vårdcentralerna i Sverige att förlora nästa upphandling och därmed mista underlaget för sin verksamhet.

I Sverige finns större befogenheter för annan personal såsom distriktssköterskor och mottagningssköterskor, vilka fullgör många uppgifter som i Norge normalt utförs av läkare. I Norge arbetar allmänläkaren i privat eget bolag och med en kraftig prestationsersättning (70%) medan den svenske allmänläkaren är offentligt anställd och huvudsakligen ersätts med lön. I högre grad arbetar också den norske allmänläkaren ensam medan i Sverige dominerar grupppraktik med andra kolleger. I Norge gäller ett grindvaktssystem, där allmänläkaren ser alla patienter innan de får träffa en specialistläkare på sjukhus. I Sverige är det i princip fritt att söka direkt till andra specialister. I Norge var redan före FLO flertalet (80%) allmänläkare verksamma som privatpraktiker....

De ingredienser i det norska fastelegesystemet som kan vara tilltalande för Sverige är den nationella styrningen med enhetliga taxor över landet samt införande av listor som tydliggör ansvar och även begränsar åtagandet.....Även grindvaktssystemet med allmänläkare som personlig lots in i övrig hälso- och sjukvård är tilltalande i FLO. Utrymme för forsknings- och utvecklingsarbete liksom förebyggande arbete är dåligt tillgodosett i såväl FLO som i Sverige. I Norge ges signaler om kraftiga satsningar på forskning inom allmänmedicin från det norska hälsdepartementet.

I den svenska hälso- och sjukvården kläms allmänmedicin och primärvård mellan en expanderande öppen specialistvård med anknytning till sjukhus (ibland kallad närsjukvård) och en uttalad satsning på kommunal vård och omsorg med tonvikt på andra professionella grupper. I detta gränsland kämpar en åldrande allmänläkargeneration som på grund av kronisk underbemanning ej kan vara den bas i sjukvården som befolkningen behöver. Att något behöver göras både för befolkningen och allmänmedicinen är tydligt och här kan FLO vara en inspirationskälla!"

En primärvårdsutredning våren 1997 – ett diskussionsinlägg

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 patientadministrativa 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 vårdcentralens arbetsformer.
- öppethållandetider ej är anpassade till befolkningens ändrade levnads- och konsumtionsvanor.
- jourverksamheten tar resurser från dagverksamheten. Jourverksamheten är den sämsta produktivitetsfaktorn i vården.
- jourverksamheten har alltid varit och är ett problem med många aspekter

- hemsjukvården kräver speciella jourlösningar.
- 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 vårdomkostnaden, 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, dvs 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 sparbeting.

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 helhetssyn” 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 ”avisa” 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 (remisstvänet) 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 då 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 vara att tillföra de resurser (framför allt allmänläkare) som många anser vara nödvändiga för att ge primärvården en chans till målpuppfyllnad. Det innebär att närma sig en läkartäthet på en specialistkompetent allmänläkare per 1.500 innevånare.

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 vårdsökande 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 målpuppfyllnad 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 d. v. s. ges tid till detta.
- satsa på efterutbildningsaktiviteter, Det ger bättre vårdkvalitet och "bättre" allmänläkare och distriktssköterskor.
- organisera primärvården "botten upp d. v. s. 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)

Organisationsförändringar

diskuterades i utredningen men tas inte upp här.

Primärkommunalt huvudmannaskap?

Skulle man välja att låta primärvården, trots motstånd mot det, övergå i primärkommunal regi måste samordningsfunktioner skapas. 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.

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

Antagen av Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mittens-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 ett 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 mottagningssköterskan 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 längre 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. Arbetet 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 stadium 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 överbryggar 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 konsultsfunktion 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 informationscentrum 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 vårdgivare- 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 huvudmäns 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 Regeringens 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 sjukvårdshuvudmännen".

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.

MOT NÄRSJUKVÅRDSBEGREPPET

Det finns inte någon helt gemensam syn mellan huvudmännen om hur närsjukvård ska definieras. Vissa likheter finns som att det behövs mer samverkan men också många skillnader. Några kopplar närsjukvård till att ge mindre akutsjukhus en ny roll i vårdkedjan. Andra ser närsjukvård som ett generellt utvecklingsprojekt för att bygga upp en långsiktig hållbar struktur för hälso- och sjukvården i sin helhet. Gemensamma nyckelord finner man som primärvårdens gamla mål : tillgänglighet, samverkan, helhetssyn, kontinuitet, långsiktighet, närhet och trygghet. Ur Beställarverkets handlingsprogram 1999 – 2000 ”Närsjukvård.2001” kan hämtas att närsjukvården ska erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är:

- Vanligt förekommande i befolkningen
- Ofta förekommande för individen
- Samhällsekonomiskt rimligt att tillhandahålla lokalt

I Älvsborg definieras närsjukvård som en funktion, inte bara en organisation, vilket5 innebär:

Samverkan mellan huvudmän, vårdgivare och professioner betonas, närmare bestämt mellan primärvård, specialistläkare på sjukhus och kommunal äldreomsorg. Närsjukvårdens karaktär av gränsöverskridande funktion framgår också om man ser till den kompetens som ska ingå. Allmänläkarna och primärvårdens resurser ska vara basen i närsjukvården men även annan öppen specialistvård och vårdplatser ingår. Det innebär att närsjukvården berör många olika vårdbehov och patientgrupper.

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

Anders Anells sammanfattning i ”Primärvård i förändring”, Studentlitteratur, 2005, kan användas som underlag för diskussion av den kommande närvården.

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 kombinerad fast ersättning 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 kanadensisk studie konstaterades 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 samt 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 finansiären först definierar ansvaret för primärvården och dess relation till befolkningen och vård sökande patienter. Först därefter kan ersättningsprinciper som ger stöd åt detta ansvar utformas.

Strategier för framtiden

- Det går att utveckla primärvården mot ett listningssystem 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. Finansiären 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.

Det historiska perspektivet

Som beskrivs i del 1 – Provinsialläkartiden – utvecklades den öppna vården ur provinsialläkarväsendet, en epok som inleddes redan på 1600-talet. Den verksamheten reglerades av centrala direktiv. 1822 kom en instruktion som fastställde att läkarna skulle erbjuda vård med hänsyn till patienternas behov och inget annat. Provinsialläkarna hade också en viktig uppgift att bekämpa epidemiska sjukdomar och skulle dessutom observera och motarbeta brister i levnadsvanor hos befolkningen, som kosten och barnens uppfostran). En gång om året skulle en rapport om hälsotillståndet i befolkningen i det egna distriktet inlämnas till centrala myndigheter. Den nutida primärvårdens lagstadgade områdesansvar för folkhälsan och att vården ges efter behov vilar således på en mycket gammal tradition.

Lasarettens öppna vård var till en början avgränsad till akut omhändertagande. Efter landstingens övertagande av ansvaret för lasarettsvården 1860 växte denna starkt i volym. I början av 1900-talet inrättades öppna mottagningar vid landstingens lasarett som snabbt blev populära bland befolkningen då de var bättre utrustade än provinsialläkarnas mottagningar. Allt fler läkare blev knutna till den expanderande sjukhusvården. Läkarna kunde där sköta verksamheten i helt privat regi, vilket gav goda extrainkomster. De öppna mottagningarna föll utanför de bestämmelser som angavs i sjukhuslag och sjukhusstadga (SOU 1948:14). Denna ordning med tre olika system (provinsialläkarväsendet under staten, landstingen ansvariga för den slutna vården och lasarettsläkarna ansvariga för den öppna vården vid lasarett) gällde till början av 1960-talet. De invånare som hade närhet till lasarettens öppna vård utnyttjade denna. Provinsialläkarna blev landsbygdens och glesbygdens öppenvårdsläkare. Fram till 1970-talet hade allmänläkaren/ distriktsläkaren/ provinsialläkaren och distriktssköterskan tillsammans ett områdesansvar, ett distrikt som från att vara geografiskt och befolkningsmässigt mycket stort till att så småningom minska till en primärkommun eller delar av den. Man hade krav på 24 timmars tillgänglighet. Kontinuiteten var total.

Axel Höjer kom med sin utredning 1948 (SOU 1948:14), som gav förslag till en ny öppenvårdsorganisation. Efter 20 år, på 1970-talet, blev den grunden för primärvårdens utbyggnad. Detta beskrivs också i vår del 1. Resultatet sammanfattades vad gällde den öppna vårdens organisation av Socialstyrelsen 1969 och i en Spri-rapport 1972. Där beskrivs den öppna vården mycket lik den närvård som nu diskuteras med primärvårdens mål och med specialistfunktioner på de stora vårdcentralerna, varav det skulle finnas minst en i varje primärkommun. Detta beskrivs i vår del 2, Primärvården.

Den kraftiga utbyggnaden av den öppna vården under 1970- och 1980-talen ”Primärvårdstiden” innebar fler enheter, vårdcentraler, med många läkare och sjuksköterskor vid varje enhet. Man försökte behålla befolkningsansvaret, tillgängligheten och kontinuiteten genom att indela enheterna i vårdlag vardera med läkare och distriktssköterskor med ansvar för delar av befolkningen. Primärvårdsläkarna hade fortfarande 24-timmars tillgänglighet som grupp genom inrättande av vårdcentraler. Läkarkontinuiteten blev ett stort problem p. g. a. läkarnas många ledigheter bl. a. ”jourkompensationsledighet”. Patienter klagade också på styrningen till viss läkare inom ramen för områdesansvaret. Politikerna valde att försöka lösa problematiken genom att införa ”husläkarmodeller” och ett fritt läkarval utan geografiska gränser men ändå att vårdcentralen skulle ha ett befolkningsansvar enligt sjukvårdslagens intentioner om lika vård till alla. I en underbemannad primärvård blev reaktionen att när läkarna

var fullistade avvisa de som ej fått fast läkare. För de som inte fanns med ”i systemet” blev primärvården mycket otillgänglig. Parallellt med landstingets vårdcentraler växte en ”privat” marknad. Dels fanns som förut de enläkarbemannade privata enheter dels etablerades större vårdcentraler som finansierades av det allmänna men drevs av privata sjukvårdsentreprenörer. Det innebar upphandling av verksamheten enligt de regler som fanns för upphandling i samhället i övrigt. Detta i sin tur kunde innebära att, när avtalsperioden löpte ut, ett annat företag tog över med krav om att anställa ny personal. Det kunde förorsaka en känsla av kaos för patienten när en tidigare vald läkare inte längre fanns tillgänglig och man kanske åter ”stod utanför”. I och för sig var det samma situation under provinsialläkartiden, när läkaren flyttade till ett annat distrikt, även om den tidens befolkning på helt annat sätt fogade sig i systemet.

I Mittenälvsborg har man försökt att balansera på slak lina. En lina som innebar att bemanna vårdcentralerna så gott som möjligt, att ha kvar teamarbetet som en överordnad resurs, att ha hög telefontillgänglighet och att ha kvar ett områdesansvar, att ta hand om de som bor inom kommunen vid ”sin vårdcentral” – även om det i enskilda fall inte lyckats men även ge möjlighet till listning till enskilda läkare.

Befolkningsenkäter visar att man inte till mer än 80 % är helt nöjd med servicen. Så var det redan på 1970-talet fast kanske av olika skäl. Troligen gäller här som oftast 20/80-regel. Befolkningens preferenser brukar fördela sig på detta sätt oavsett vilket problem man undersöker.

Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar

Anders Anell vidareutvecklar sina tankar om Primärvårdens förändring mot närsjukvård i boken ”Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar.

Om drivkrafter för förändring

I förordet tar han upp en viktig erfarenhet:

”De flesta politiker och administratörer med erfarenheter av hälso- och sjukvården är väl medvetna om den kollektiva makt som läkare har. Oftast brukar detta beskrivas i termer av att ”man måste ha den medicinska professionen med sig” för att åstadkomma förändring eller att förändring och beslut måste förankras ”hos den medicinska professionen” om de ska lyckas. Vanligtvis är det då läkarna som kollektiv man syftar på.Fokuseringen kring läkarkollektivet är i sin tur kopplad till att denna grupp i stort sett har monopol på alla beslut om att påbörja, ändra eller avsluta behandling av patienter.... Läkarna själva tycker inte så sällan att de har ganska lite inflytande över vården och absolut inget inflytande när det gäller stora frågor om sjukvårdens övergripande struktur.....Hälso- och sjukvården i Sverige liksom internationellt är i hög grad organiserad utifrån utvecklingen av medicinsk kompetens och inflödet av ny kunskap och teknologi., vilket också haft mycket stor betydelse för resursernas fördelning och för enskilda sjukdomars kostnadsstruktur. Bland läkarna har det av flera skäl funnits en strävan mot ökad specialisering, vilket under senare tid även kunnat noteras för sjuksköterskor och andra personalkategorier.....De närsjukvårdstankar som formats i flera landsting under senare tid kan delvis ses som uttryck för ett ökat missnöje över hälso- och sjukvårdens oförmåga att integrera alla specialiserade tjänster.”

Spelet om resurserna

”.....Försök från politiker eller andra ledande beslutsfattare att påverka resursfördelningen eller de drivkrafter som format denna har sällan varit särskilt framgångsrika. Det har bidragit till att specialistvården vid sjukhusen premierats. Önskemål från både sjukvårdspolitiker och andra att flytta ut specialisterna från sjukhusen och satsa mer på primärvård är numera en 30 år gammal idé som fortfarande är högaktuell. Professor Stephan Rössner uppmanade i maj 2003 ”till ärlighet och öppenhet inom kåren, att förskjutningen mellan ämnen och specialiteter ingalunda på ett öppet sätt speglar medicinska realiteter utan i stor omfattning utgör resultatet av omfattande revirkamper” Alla värnar om sin egen specialitet och förslag på försämrade förutsättningar för denna möts av kraftiga protester.”

Det är mot denna bakgrund svårt för politiker och högre tjänstemän att påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Problemen är fler. Hur resurserna används är inte tydligt definierat och hur alternativ kommer att fungera kan inte på förhand beskrivas Den

politiska prioriteringen mellan olika system skall spegla vad befolkningen anser, vilket ofta är en osäker grund att stå på.

Man kan också konstatera att alla svåra och obehagliga beslut ger upphov till höga och personliga ”beslutskostnader (Jan S, 2003) De chefer som ansvarar för beslutens genomförande måste vanligen stå ut med att bli uthängda, utskälda och utpekade, bl. a. i medierna. Samtidigt finns ingen personlig vinning i genomförandet. Sannolikheten att förlora jobbet kan vara hög om man skulle lyckas med genomförandet samtidigt som man blir ovän med dem som är mot förändringarna.. De professionella krafterna blir således styrande då den administrativa ledningen följer efter då det kostar för mycket att försöka påverka förhållandena. Stödet från politikerna blir heller sällan särskilt starkt eller uthålligt.

Är resursfördelningen rättvis?

1960-tal och tidigare fördelades efter inkomst och socioekonomisk grupp (Socialstyrelsen 1994). Under 1970- och 80-talet minskade skillnaderna p. g. a. de reformer som genomförts. Dock kvarstod skillnader och ökade troligen under 1990-talet. Man kan samtidigt konstatera att en mindre andel av befolkningen får en allt större andel av de samlade resurserna, vilket speciellt gäller för primärkommunerna.

Ur Anders Anells sammanfattning: (endast några punkter refereras här ur)

- *De medicinska professionella drivkrafterna har premierat specialisering och fokusering på avgränsade vårdbehov....Det har resulterat i en allt mer fragmenterad verksamhet som är i otakt med vårdbehovens utveckling mot fler sammansatta problem och multisjuka äldre. Det hindrar också ökat patientinflytande.*
- *Uppdelningen mellan närsjukvård och övrig specialiserad sjukvård kan skapa en bättre plattform för fortsatt utveckling inom verksamheter med olika förutsättningar, men leder inte i sig till några förändringar.....*
- *Det naturliga förhållandet mellan olika professioner är konkurrens snarare än samverkan.... Förändringar mot ökad patientorientering och bättre samverkan i närsjukvården kan åstadkommas genom att befolkningen i större utsträckning får välja sitt närsjukvårdsteam där pengarna följer individens val.*
- *Den viktigaste professionella drivkraften är specialisering...vilket resulterat i fragmentering av verksamheten. De sammansatta problemen har hamnat på undantag. De sjukdomar och besvär som inte tydligt kan avgränsas och definieras och som kräver insatser från olika håll har låg status, liksom den personal som har hand om sådana problem.*
- *Svensk hälso- och sjukvård har tappat resurser jämfört med andra EU-länder....Förhållandvis stora omfördelningar i resurserna har skett mellan landsting och kommuner beroende på politiska beslut, men även hårdare prioriteringar.*
- *Omfördelningarna i vårdens resurser har haft störst konsekvens för de äldre. Inom kommunerna har hårdare prioriteringar inneburit att smärre omsorgsbehov förskjutits till anhöriga.*
- *Hälso- och sjukvårdens resurser är i stor utsträckning koncentrerade till en liten andel av befolkningen....Behoven av en bättre samverkan mellan olika vårdgivare har ökat.*
- *Befolkningens förväntningar på vården skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper beroende på ålder, kön, inkomst, hälsostatus etc....De äldre värdesätter en långsiktig relation som ger kontinuitet i vårdkontaktarna.*
- *Mer information och inflytande för patienterna handlar inte enbart om att stärka befolkningens förtroende för vården. Att*

tillmötesgå dessa önskemål från patienterna har positiva medicinska effekter genom att patienterna känsla av kontroll ökar, liksom patienternas följsamhet till behandling som beslutats.....

- *Närsjukvårdens ambitioner är inte helt nya utan har lyfts fram tidigare för att främja primärvårdens utveckling. Närsjukvården kan t. o. m. uppfattas som en nysatsning på en ursprunglig primärvård som aldrig fullföljdes....*

Reflexioner kring utvecklingen och tankar om framtiden

(Hämtat ur Den svenska allmänmedicinens historia, Per Swartling, Läkartidningen nr 25 – 26, 2006. Per Swartling var, som distriktläkare i Tierp och fackligt, starkt engagerad i allmänmedicinens utveckling och blev också dess representant vid Socialstyrelsen som medicinalråd.)

”Mot bakgrund av att det för omkring 60 år sedan fanns tankar om att avveckla provinsialläkarna (då drygt 700) har det på många sätt skett en imponerande och framgångsrik utveckling till dagens allmänmedicin och primärvård, en utveckling som dåtidens ensamarbetande provinsialläkare knappast kunnat drömma om. Dagens distriktsläkare har en specialistutbildning som är i paritet med övriga specialistutbildningar, och allmänläkares status har gradvis ökat såväl inom läkarkåren som i befolkningen. Primärvården uppfattas nu som en helt nödvändig bas inom hälso- och sjukvården.

Under 1960- och 1970-talen påverkades allmänmedicinens innehåll och avgränsning påtagligt av myndigheter och politiker, vilket var frustrerande för allmänläkarna som i likhet med övriga medicinska ämnesområden själva ville utveckla sin profession. Under 1980- och 1990-talen har den allmänmedicinska professionen vuxit sig allt starkare och kunnat ta initiativet till att definiera ämnesområdet och utveckla både undervisning och forskning. Allmänläkarna är utbildningsmässigt väl rustade att i samarbete med övrig personal inom primärvården ta på sig sina uppgifter. Efter en period av revirstrider med andra specialiteter under 1970- och 1980-talen tycks alla parter nu inse behovet av samarbete. Det har blivit vanligt med specialistkonsulter vid vårdcentralerna.

För stora grupper av våra vanliga sjukdomar har patienterna behov av vård omväxlande inom primärvård och länssjukvård beroende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och vilka resurser och kompetenser som krävs vid varje vårdtillfälle. Detta kallas ofta »shared care« och visar på nyttan av samarbete och förtroende mellan vårdnivåerna. Dagens distriktsläkare har tillgång till de flesta laboratorie- och specialundersökningarna vid de större sjukhusen, och de har därmed goda möjligheter att utreda och behandla sina patienter med med röntgen och liknande.

Detta arbetssätt, med ett mer omfattande omhändertagande av komplicerade medicinska utredningar och uppföljningar, har bidragit till att dagens distriktsläkare träffar betydligt färre patienter personligen på mottagningen – i genomsnitt 10 patienter per dag. För några decennier sedan och särskilt före »sjukronan« hade provinsialläkarna betydligt fler patientbesök, ofta 30–40 per dag. Många besök gällde problem som idag sköts av sjuksköterskor, eller förmedlas av dessa.

Även om besökstalen inte går att jämföra hade dåtidens provinsialläkare troligen längre arbetsdagar och större arbetsbörda. De gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens distriktsläkare går miste om då hembesök numera är en sällsynthet. Det minskade antalet besök förklaras även av ett ändrat arbetssätt. Den tidigare höga genomströmningen av patienter var ofta väl organiserad av personal som såg till att patienterna var intagna på undersökningsrum och avklädda, ibland till och med upplagda i gynstol, vid första kontakten med läkaren. I dag är det vanligast att läkaren själv hämtar patienten i väntrummet och visar respekt för patienten genom att samtala med denne påklädd innan det är dags för undersökning. Krav på information om läkemedel och liknande har ökat, och allt detta gör att besöken tar längre tid.

Trots en glädjande ökning av antalet yrkesverksamma specialister i allmänmedicin till 4 800 år 2006 (Läkarförbundets statistik) är många av dagens distriktsläkare alltför hårt ansträngda. Med hänsyn till deltider finns det 3 900 heltidsarbetande distriktsläkare. Chefsuppdrag, handledning med mera tar också tid från direkt patientarbete. Långvarig sjukskrivning på grund av utmattningsdepression (»utbrändhet«) har ökat bland distriktsläkare.

Önskemål finns att kåren skall växa ytterligare för att minska bördan för den enskilde läkaren. För närvarande ser dock återväxten inte ut att vara större än att den täcker pensionsavgångarna, som förutses bli stora de kommande åren. Det är då angeläget att hela tiden avgränsa distriktsläkarens uppdrag så att han eller hon orkar med arbetet med dagens förutsättningar och att det även ges tid att sköta sin familj.

Det är oroande att det blivit svårare att rekrytera distriktsläkare som vårdcentralschefer. Läkarna avhänder sig då möjligheter att mer aktivt kunna påverka

primärvårdens utveckling. Nya spännande uppgifter är på gång, då läkarnas grundutbildning i ökad utsträckning kommer att förläggas till vårdcentral. Även om det i början blir en ökad arbetsbörda bör det på längre sikt stärka allmänmedicinens ställning ytterligare och ge möjlighet till professionell utveckling och ökad rekrytering av allmänläkare, klinik och vetenskap.”

*Djärvare än att utforska det okända
är det att ifrågasätta det kända
Kaspar*

Mittenälvsborgs primärvårdsmodell 2005 och framåt

Sett mot Anders Anells olika modeller verkar det som om Mittenälvsborg år 2005 närmast sig den s. k. Samhällsansatsen: Med ansvar befolkningens hälsa i ett visst geografiskt område (vårdcentralens närområde). Att Vårdteamet skall vara den viktigaste resursen snarare än den enskilde allmänläkaren. Det ska vara möjligt att listas till enskild läkare men också passiv listning inom betjäningområdet ska tillämpas. För tillgängligheten under dygnet har man valt en integrerad modell, samverkan med sjukhuset. Samverkan har alltid varit ett honnörsord i Mittenälvsborgs primärvård, vilken är en grund för en tänkt ny närvård, speciellt poängteras samverkan med primärkommunen.

Samma intentioner finns i SACO-modellen med ett primärvårdsenhetens gemensamma ansvar för målluppfyllelse och service till befolkningen.

Det känns ur ett historiskt perspektiv bra att bygga på dessa modeller (Anells samhällsansats och SACOs) som vi anser bäst uppfyller sjukvårdslagens krav på lika vård och primärvårdens mål Tillgänglighet, Kvalitet, och kontinuitet (i vården). Det fordras också en viss storlek på en vårdcentral för att uppfylla de krav man kan ställa på funktionen. Mittenälvsborg har utvecklat detta genom att tillföra ett flertal specialfunktioner i vårdcentralen.

Det vore spännande att få följa en försöksverksamhet av SACO-modellen i Mittenälvsborg, som redan har kommit en bit på väg i utvecklingen av en sådan modell.

Hur man i framtiden kommer att utforma närvården beror på de valda politikerna som inte minst måste ta hänsyn till att behovet av resurser till vården kommer att öka både på "äldreboomen" och till ny kunskap, som ska implementeras i vården. Har man råd? Skatten är redan hög. Finns alternativ finansiering. Kan man effektivisera mera? Vad ställer befolkning och personal upp på? Hur kommer politiker och högre tjänstemän att tackla "professionens" prioriteringar? Sjukhusvården har fortfarande en oerhört stark ställning. Kan man med närsjukvården lösa knutar som gjort att landstingen alltid satsat i första hand på sjukhusen?

Problem, som alla pekar på, är att man hittills inte kunnat lösa tillgänglighets- och kontinuitetsmålen. I del 2 under "lerumsmodellen" beskriver vi dåtidens målsättningar, som skulle kunna genomföras om primärvårdsarbetarna riktade sig ut mot befolkningen. Vårdcentralens resurser skulle finnas i ryggen och man skulle samverka med andra vårdgivare. Utvecklingen verkar ha gått mot en mera "sluten" modell med "murar" ut mot befolkningen. Den som väl kommit innanför muren (tillgänglighetshindret) får dock mycket gott omhändertagande (kvalitet i vården).

Man får hoppas att inriktningen kommer att vara mot att nå målen i en förändrad organisation. I dessa fall rör det sig inte så mycket om resurser utan mer om attityder hos personalen och om hur man organiserar sin verksamhet. Det bör bli en viktig ledningsfråga att jobba med. Först om målen tillgänglighet och kontinuitet kan nås kommer befolkningen att söka sig till primärvårdens närsjukvård (allmänmedicinen). Annars nedprioriteras den till förmån för andra specialiteter inom närvården. På längre sikt en katastrof för allmänmedicinen.

EPILOG

Året var 2006. Sverige fick en ny borgerlig regering. Primärvården fick på högsta nivå ny organisation, nya chefer och ny inriktning. Man siktade mot en närvårdsorganisation med samverkan med kommuner och närsjukhus och fler specialfunktioner på vårdcentralerna. Omorganisationen innebar att man åter gick mot decentralisering. Primär- och tandvårdsstyrelsen försvann och ersattes av fyra primärvårdsstyrelser och en tandvårdsstyrelse, vilka skulle ha stor lokal beslutsmyndighet. Organisationen ”längre ned” skulle också ses över. Mittenälvsborg fick behålla sin chef, Kerstin von Sydow. De andra enheterna fick nya chefer. För Mittenälvsborg kändes det som om den positiva utvecklingen kunde fortsätta med kontinuitet i ledningsansvaret.

Men även Mittenälvsborg hade drabbats av tillgänglighets- och kontinuitetsproblematik, som i början av 1970-talet. Det är två problem som bäst löses med en god ledning och organisation av verksamheten – och att personalens attityder blir positiva för att lösa problematiken. Förutsättningar finns för en än bättre närsjukvård.

En avslutande fundering:

Det verkar som om varje generation måste göra sina egna misstag!

Men man hejdar sig till slut och finner nya utmaningar och spännande lösningar på problemen som dock sällan är nya.

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

REFERENSER

Utredningar, propositioner och lagar

SOU = Statens offentliga utredningar

SOU 1990:44 Demokrati och makt i Sverige

Officiella rapporter

Folkhälsorapport 1997. Socialstyrelsen 1997. ISBN 91-7201-180-7

Primärvårdens resurser under slutet av 90-talet.

En rapport från Riksdagens revisorer. 1997/98:5.

Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet. Socialstyrelsen. 1998

Lokal utvecklingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården i Mittens Älvsborg

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

Protos – ett svenskt familjeläkarsystem.

Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Läkarförb. mfl. 2005?

Framtidens närsjukvård Sveriges läkarförbund, 2006.

Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvård, slutrapport. Socialstyrelsen, 2005.

Avhandlingar

Janlert Urban, Arbetslöshet och hälsa - en socialmedicinsk studie av byggnadsarbetare i Luleå-regionen. EFA, Arbetsmarknadsdepartementet, 71 s, 1983

Hemsidor/databaser

Projektet är utlagt på internetadress: <http://www.bengtdahlin.se>

Litteratur

Anell, Rosén, Läkarnas förändrade roll i ett system med utvecklade patienträttigheter. 1995.

Anell Anders, Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens föutsättningar. Studentlitteratur, Lund 2004.

Anell Anders, Primärvård i förändring. Studentlitteratur, Lund 2005.

Blomqvist Paula, Rothstein Bo, Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Agora, 2000.

Borgquist Lars, Hallgren Ing-Marie, Engström Sven
Vad kan Sverige lära av Fastelegeordningen i Norge?. FoU-enheten för närsjukvården, landstinget i Östergötland, rapport-FoUrnalen 2006:3.

Brodin Göran, Egenvårdens ansikten. 2006.

Dahl Per Arne, varför har vi det inte bättre, när vi har det så bra. ICA, 2004.

Dahrendorf Ralf, Livschanser och välfärd – förankringar och valmöjligheter som välfärdens grund. 1987.

Dahrendorf Ralf, Ein neuer Dritter Weg? Reformpolitik am Ende des 20. Jahrhunderts, Tübingen: Mohr 1998.

Diderichsen & Janlert, Eriksson & Tibblin, Två patientmodeller. 1983.

Hjelmgren Jonas, Anell Anders, Nordling Sara, Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? IHE e-rapport 2006:1.

Inglehart Ronald, The Inglehart value Map . Modernization and Postmodernization (Princeton, 1997). World Values Survey,.

Inglehart Ronald and Welzel, Christian The Inglehart Value map. World Values Surveys, 2004

Jonsson Pia, Agardh Emilie, Brommels mats, Hälso- och sjukvårdens struktur – reformer. Lärdomar från Norge, danmark, Finlsnad och storbritannien. Karolinska institutet, Stockholm 2006.

- Marmot Michael, Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Natur o kultur, 2006
- Palier Bruno, Fallet Sverige. Kapitel 5 i Reforms in Europe: Strategies for a New Social Model. Repirt F/37, Family network Jan. 2004
- Palier Bruno, ”fallet Sverige”. Kap. 5 Hälso- och sjukvårdens reformer. Sveriges kommuner och landsting, 2005.
- Qvarsell Roger, Ett sekel med läkaren i fokus. Sveriges läkarförbund, 2003.
- Saltman, von Otter, Hälso- och sjukvårdens struktur – reformer. Finland, 1996
- Swartling Per, Primärvårdens utveckling i Sverige. SFAM – Supplement nr 1/01, Allmänmedicin nr 4/2002.
- Ström Anna, West lisa, Informationens betydelse. En studie av hur en arbetsgrupp upplever en organisationsförändring. Sociologiska institutionen, Umeå Universitet, Vt 2005.
- Qvarsell Roger, Ett sekel med läkaren i fokus. Sveriges Läkarförbund, 2003.

Tidningar och tidskrifter

Aftonbladet den 17 april 2006. Ledare.

Svenska dagbladet 2006-06-29. Michael Marmot Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden.

Göteborgs-Posten (GP 26 april 2006) refererar Christer Lökvist en studie gjord av chefen för primärvården i Göteborg, Bo Rangmar, som hade analyserat år 2005:s öppenvårdsstatistik.

DLF:s i Jönköping debattartikel i Allmänmedicin nr 3 2006. Om pROTOS

~~i Allmänmedicin nr~~ 2 2006, Anders Lundqvist. Norges fastlegeordning. Se också http://www.forskning.no/eval_rapport

Läkartidningen nr 7, 2006. Intervju av Elisabet Ohlin.. av Mats Eriksson (M) ordförande i landstingsstyrelsen i Halland om ”Hallandsmodellen”.

Swartling, Per □ Den svenska allmänmedicinens historia. Läkartidningen nr 24 – 25, 2006. Volym 103, sid. 1950-1

Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar m.m.

Intervjuer: Gunnar Hedelin, distr.läk. Lerum; Lennart Hallerbäck, distr. öläk. Mittenälvsborg; Kerstin von Sydow, primärvårdsdirektör, södra Älvsborg.

Föreläsningar m.m. :

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		
	M	Kv	Tot	M	Kv	Tot
0–6	9	9	9	8	7	7
7–15	16	15	15	12	11	12
16–19			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	
	M	Kv	M	Kv
Hemtj. i ordin. boende	4	7	6	10
Särsk. boendeformer	5	9	5	8
Färdtjänstillstånd *	10	24	13	25
Avser 65 år och äldre				* 2003