

Öppen vård i Mittenälvsborg

då, nu och sedan

med fokus på Lerum



Del II

Primärvårdstiden

Sammanställd av
Bengt Dahlin och Jan Kuuse

Del II.

PRIMÄRVÅRDEN I MITTENÄLVSBERG 1970 - 1999 MED FOKUS PÅ LERUM

En sammanställning under åren /2004 till 2006 av Bengt Dahlin, f. d. provinsialläkare och distriktsläkare i Korpilombolo, Gråbo, Lerum, medicine hedersdoktor vid Göteborgs universitet och

Jan Kuuse, docent i ekonomisk historia vid Göteborgs universitet. Vi vill tacka alla som bidragit med information och skrivningar, vilket gjort historiken fylligare och närmare verkligheten.

Projektet

I vår historik över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvborg har vi velat lyfta fram för primärvårdens utveckling viktiga moment. Den första historiska delen – provinsialläkartiden fram till 1969 - ger en bakgrund till den kommande primärvården, en period som inleds 1970. Vi vill i den andra delen fokusera på primärvårdens uppbyggnad och utveckling under 1970-, 1980- och 1990-talen med fokus på Lerum, Floda och Gråbo. Framväxten av den s. k. Lerumsmodellen för vårdplanering och dess följder fängade många intresse. Men inte heller utvecklingsprojekten vid de tre vårdcentralerna, speciellt datorstödd journalhantering i Gråbo och utvecklingsenheten i Lerum får glömmas bort, ej heller allt förebyggande arbete som påbörjades inom Lerums primärvård. Lerums primärvård speglade också mycket av vad som hände i hela riket under denna tid. Lerums primärvård blev en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget.

I den historiska exposén, del 1, behandlas sjukvårdens organisatoriska utveckling från 1600-talet fram t. o. m. 1960-talet. Det medicinhistoriska förloppet sätts in i ett socioekonomiskt sammanhang. Det känns naturligt att se på sambanden mellan faktorer som befolkningsförhållanden, boendemiljö, levnadsvanor, arbetsförhållanden och levnadsstandard samt förekomsten av farsoter /epidemiska sjukdomar, förebyggande hälsovård och medellivslängd. Den tidens syn på sjukdomars orsaker och hur man behandlade sjukdomar tas också upp.

I den historiska studien behandlas också förändringar på såväl nationell som regional och lokal nivå med olika exempel framför allt från socknar ingående i nuvarande Lerums kommun. Med tanke på Älvsborgslandstingets säregna utformning, som ett timglas med tre lasaretsområden, delades landstinget organisatoriskt/administrativt in i norra och södra Älvsborg och senare Mittenälvborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvborg med kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Förutom provinsialläkaren kommenteras i den första delen även andra sjukvårdens nyckelaktörer som sjukhusläkare och privatpraktiserande läkare. Som grupp har barnmorskorna en lång yrkestradition medan sjuksköterskorna i öppen vård tillkom först under 1900-talet. Den tidens sjukdomsupplevelse och sjukdomars behandling kommenteras liksom apoteket som en viktig del av hälso- och sjukvården.

Projektets andra del utgör själva kärnan i studien av den öppna vården.

I avsnittet om primärvårdens uppbyggnadstid och ”lerumsmodellen” fokuseras mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun med utblickar i Mittenälvborg och i landstinget i Älvsborg. Landstinget, som satsade på en ny organisation – en blockorganisation med läkare som blockchefer. Tanken var att läkare bäst skulle kunna styra de snabbt stigande sjukvårdskostnaderna. Primärvården fick ett eget block, med egen ledning. Lerum blev starkt involverad med Bengt Dahlin som blockchef för primärvårdsblocket i södra Älvsborg. Framställningen avslutas i en tredje del med en diskussion av den stagnation och de problem som tornade upp sig under 1990-talet samt med funderingar och spekulationer kring utvecklingen efter sekelskiftet 2000.

*De som inte förstår det förflutna
Är dömda att upprepa begångna misstag.*

Projektets genomförande

Projektets första del ”Provinsialläkartiden” var ett samverkansarbete mellan Jan Kuuse och Bengt Dahlin med hjälp av arkivarier, bibliotekspersonal, föreståndare vid museer, ingen nämnd och ingen glömd för deras välvilliga inställning till vårt projekt. Ella Carlsson, Stenkullen var behjälplig i de intervjuer som gjordes. I ett seminarium den 2 december 2004 anordnat av Allmänmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet fick vi många värdefulla synpunkter från de närvarande inklusive det stöd vi fick av avdelningens ledning. Primärvårdens ledning i Borås med Kerstin von Sydow som chef har också välvilligt stött projektet, liksom många aktörer från Mittenälvsborg. Utan denna hjälp hade vi troligen inte orkat dra lasset ända hit till del två, ”Primärvården” eller ens vågat ta tag i det fortsatta arbetet.

Många var inblandade i uppbyggnaden av primärvården i Mittenälvsborg. Aktörerna finns ännu som minns vad som hände under primärvårdens uppbyggnad 1970 – 1990. Jan Kuuse och Bengt Dahlin fortsatte att skriva, samla, och sovrä det material som fanns i arkiven. Men flera nyckelpersoner har hjälpt till med material. Vi vill lyfta fram, de som deltagit och fick komma till tals. Här några:

Kerstin von Sydow, Lennart Hallerbäck, Solweig Kärrman, Gunnar Hedelin, Bengt-Ivar Nöjd, Hans Lundgren, Björn Nilsson, Olof Wik, Christer Forsell, Ingegerd Emrén, Ella Carlsson, Solweig Kärrman, Ulla Sandvall, Ulla Wessman, Ulla Blomberg, Birgitta Nilsson, Barbro Hallengren, Ann-Marie Gustavsson, Margareta Brantdahl, Birgitta Klintberg, Ronny Gunnarsson, Henric Hultin, Leif Bäckman med flera.

Vid ett seminarium i FoU-enheten i Borås i mars 2006 testades dokumentet. Värdefulla synpunkter tillfördes. Dessutom diskuterades del 3, som skall ”spåra” utvecklingstendenser i det material vi samlat.

Publiceringen är ett problem. För att göra materialet tillgängligt för många för en rimlig kostnad (egen produktion) läggs projektet ut på internet på en hemsida med adress <http://www.bengtdahlin.se>. Vi vill också producera det i e-bokform (en elektronisk bok) och på CD-skiva. Att trycka materialet har vi inte ekonomiska resurser till, om vi inte kan finna sponsorer. Skulle så bli möjligt får vi sovrä i materialet för att göra det mer kompakt.

Pengar är ingenting att ha, utom när man inte har dem.

Mittenälvsborg

Älvsborgslandstingets hade en säregen utformning, som ett timglas. Landstinget delades organisatoriskt/administrativt in i norra, södra och mellersta Älvsborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvsborg med nuvarande kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Mittenälvsborg är en del av södra Älvsborg, som ingår i Västra Götalandsregionen.



Del II – Primärvårdstiden

HISTORIEN OM PRIMÄRVÅRDEN I LERUM 1970 – 1999

Prolog

I vår tillbakablick över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvsborg, med fokus på Lerum, har vi nu kommit fram till primärvården och dess utveckling under 1970-, 1980- och 1990-talen.

I historisk belysning konstaterade vi att tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet framstår som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet. Attityder och förväntningar på fortsatt tillväxt blev då fast rotade. Man hade svårt att följa med i den förändrade ekonomiska verklighet som stod för dörren genom konjunkturavmattningen på 1970-talet. Framgången under 1960-talet bidrog indirekt till att skapa problem som så småningom kom att visa sig på 1970-talet. Om detta berättar vi inlednings- och avslutningsvis i en ”omvärldsbeskrivning, som också innefattar vad som hände inom svensk sjukvård.

I denna andra del med berättelsen om primärvården i Mittenälvsborg fokuserat på Lerums läkardistrikt handlar det om primärvårdens uppbyggnad och utveckling. Det var kanske primärvårdens bästa tid med stora förhoppningar på framtiden. Men samtidigt hopade sig problemen för den nya primärvården i form av befolkningens berättigade krav på service efter politikernas många löften. Förhoppningar som i realiteten inte fanns resurser att tillfredsställa.

Vi fokuseras i del två mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun och klipper in olika lokala aktörers upplevelser. Kommunen som 1969 blev ”storkommun” genom sammanslagning av Stora Lundby och Lerums kommuner och tillägg av Skallsjö församling från Alingsås kommun. Lerums primärvård, som samtidigt föddes, speglade mycket av vad som hände i hela riket under denna tid men var också en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget.

I vår första historiska beskrivning – provinsialläkartiden – fram till 1969 – gavs bakgrunden till primärvårdens framväxt ur provinsialläkarväsendets förfall. Vi lyfte fram Axel Höjer, chef för Medicinalstyrelsen under 1940-talet. Hans visioner om utbyggnaden av den öppna vården till en provinsialläkare per 4000 invånare och flerläkarstationer kom att genomföras under 1970-talet. Detta som följd av ett flertal utredningar under 1950- och 1960-talen i vilka upprustning och utformning av den öppna vården föreslogs i Höjers anda. Utredningarna omsattes i lagändringar och löften, vilka skulle genomföras av landstingen, som fått ansvaret för hela den öppna vården.

Då landstinget tagit över huvudmannaskapet för provinsialläkarna 1963 inleddes en genomgripande förändring av den öppna vården utanför sjukhusen. Enläkarstationerna ersattes efter hand med välutrustade flerläkarstationer. Läkarna fick kvalificerad hjälppersonal på mottagningarna, jourverksamheten omorganiserades i och med att läkarna fick reglerad arbetstid, man planerade för fler läkare initialt motsvarande en läkare per 3.500 invånare. Senare blev målet en distriktsläkare per 2000 invånare. Distriktsvården (distriktssköterskor och barnmorskor) samlokaliseras med läkarstationerna till vad vi kom att benämna vårdcentraler. Ansvaret för de lokala sjukhemmen togs över av primärvården men överfördes senare, 1990, till primärkommunen. Då Lerum hade relativt lätt att rekrytera läkare i en tid av stora vakanser på inrättade tjänster och dessutom hade en kraftigt växande befolkning satsade landstinget tidigt på utbyggnad av den öppna vården i kommunen. De nyanställda unga läkarna och annan personal var öppna för förändringar. Det blev en sjudande verksamhet mot primärvårdens mål: Närhet, Tillgänglighet, Kontinuitet, Helhetssyn, Kvalitet/säkerhet och Samverkan. Målen kommer att vara en röd tråd i framställningen och diskussionen av primärvården

Man måste på något sätt övertyga sig om livets magi.

Bakom varje nytt hörn, ett nytt äventyr.

/Marianne Zetterström/

SAMHÄLLSUTVECKLINGEN 1970 – 1999, – EN OMVÄRLDSBESKRIVNING

För Sveriges del kan större delen av 1900-talet sammanfattas under rubriken ekonomiska och sociala framgångar. Det var också i ekonomiskt och socialt hänseende som svensken då i allmänhet upplevde de största förändringarna under 1900-talet.

Som vi konstaterat i del I, Provinsialläkartiden, hade redan under mellankrigstiden begrepp som ”Folkhem” och ”Folkhälsa” myntats och blivit allmänna. Under efterkrigstiden skulle Sverige utvecklas från ”Fattigsverige” till Vålfärdssverige”. Efter att ha avstannat under andra världskriget påbörjades det socialpolitiska reformarbetet på nytt från slutet av 1940-talet. Det moderna välfärdssystemet började byggas upp med inriktning på familjepolitik med stöd åt barnfamiljer och pensionärer.

Rekordåren – 1950- och 1960-talen

De första årtiondena efter andra världskriget innebar ett starkt uppsving för såväl internationell som svensk ekonomi. Efter krigets regleringar och avspärningar infördes friare handel, och tullarna sänktes. I Europa bildades två frihandelsområden, EEC och EFTA. Följden blev att handeln tilltog och konkurrensen skärptes. Konsumenterna fick tillgång till en rad nya produkter, samtidigt som en uppdämd konsumtionsefterfrågan släpptes loss. Allt detta gynnade vårt svenska näringsliv och i synnerhet exportindustrin.

Den socialdemokratiska regeringen bedrev en ganska måttfull keynsiansk politik, d.v.s. man försökte ”bromsa” under högkonjunkturer och ”gasa” i lågkonjunktur. Resultatet blev gott. I en miljö av den ekonomiska politikens liberalisering var det också relativt enkelt att bedriva ekonomisk politik. 1950- och 1960-talen kännetecknades av full sysselsättning och på det hela taget en ganska måttfull inflation. Företagen kunde göra goda vinster, och lönebildningen med LO och SAF som vägledande parter fungerade i stort sett harmoniskt. Dessa år var ”den svenska modellens” höjdpunkt, då arbetsmarknadens parter i samförstånd kunde göra upp om fördelningen av produktionsresultatet.

I början av 1970-talet var BNP per capita i det närmaste dubbelt så hög som den varit 1950. Optimismen och förväntningarna växte. Man trodde att man kommit tillrätta med konjunktursvängningarnas, arbetslöshetens och krisernas problem. Det som närmast väntade var att ekonomiskt göra det möjligt att finansiera ännu större sociala åtaganden.

1970-talets kriser

I ett längre perspektiv visade sig optimismen emellertid vara ogrundad. Redan mot slutet av 1960-talet kunde vissa orostecken skönjas. Delvis var svårigheterna en följd av en allmän internationell nedgång. Då Europa och Japan återuppbyggdes efter kriget, kunde de krympa in på Amerikas tekniska och ekonomiska försprång. Efterhand minskade dock möjligheterna till snabb expansion genom att bara imitera USA som ledande nation. USA fick också vidkännas växande problem. Dels på grund av den skärpta konkurrensen från övriga västländer. Dels på grund av Vietnamkriget och dess kostnader, som bidrog till att förtroendet för dollarn som internationell nyckelvaluta fick en knäck.

Under lång tid hade tillgången på billig energi varit säker. Som följd av tilltagande oroligheter i Mellanöstern fyrdubblades priset på olja 1973-74. Oljepriset fördubblades sedan än en gång 1979-80. Följden blev kraftig i hela västvärlden, och den långa och gynnsamma efterkrigskonjunkturen fick ett abrupt slut. De oljeimporterande ländernas handelsbalans försämrades drastiskt. I flera länder stramade regeringarna åt hushållens köpkraft för att minska importen och ”svälta sig ur” problemen. Resultatet blev att arbetslösheten steg och den ekonomiska tillväxten dämpades kraftigt.

I motsats till de flesta andra länder försökte Sverige dämpa de negativa effekterna genom att stimulera ekonomin. Den svenska regeringen syftade till att hålla uppe produktion och sysselsättning genom lagerstöd, subventioner till utsatta branscher – främst varven – och ökat inslag av trygghetslagar. I valrörelsen talade Olof Palme om ”mindre svängrem och mer svängrum”. Man kalkylerade med att oljekrisen skulle bli kortvarig, och att den förda politiken

skulle överbrygga tiden fram till nästa uppgång. Men detta visade sig vara en felkalkyl. Oljekrisen och den hårdnande konkurrensen slog hårt mot det viktiga svenska industriblocket, varv, stålverk och gruvor. Stödpolitiken bidrog bara till att fördröja nedläggningarna. De tidigare dominerande skeppsvarven i Västeuropa avvecklades i det närmaste helt. Bland särskilt hårt drabbade varvscentra fanns Göteborg, som även miste en stor del av sin tidigare så omfattande rederinäring. Lerum som utgör en del av Göteborgsområdets naturliga arbetsmarknad fick i sin tur också känning härav.

Svenskt näringsliv drabbades samtidigt av en egen, hemmagjord kostnadskris, som förvärrade oljekrisens skadeverkningar. På grund av timlöneökningar och stora höjningar av arbetsgivaravgifter höjdes de svenska kostnaderna starkt vid mitten av 1970-talet. Då tillväxten inte alls motsvarade löneökningarna, ledde den kraftigt ökande inflationen endast till att det blev mera luft i lönekuverten. I förhållande till de viktigaste konkurrentländerna steg kostnaderna per producerad enhet under några år med 20 procent. En omfattande utslagning av svensk industri ägde rum långt in på 1980-talet. Tillväxten stagnerade, och utrikeshandeln gav snabbt växande underskott.

För svensk ekonomisk politik blev 1970-talskrisen något av en chockartad upplevelse. Man hade vant sig vid snabb tillväxt och den svenska modellens förträfflighet. Plötsligt rycktes allt detta undan. Industrinedläggningar och arbetslöshet kom tillbaka och därmed även svåra statsfinansiella problem. Trots att tillväxten upphörde byggdes den offentliga sektorn ut i ökad takt. I Sverige ökade de offentliga utgifternas andel av BNP från 43 till 67 procent mellan 1970 och 1982, vilket var mycket mer än i omvärlden. Följden blev ett snabbt växande budgetunderskott och stigande räntekostnader för statsskulden. År 1982 hade budgetunderskottet vuxit till 12 procent av BNP. Det blev nödvändigt att bromsa utbyggnaden av den offentliga sektorn och ompröva en rad verksamheter. Men det skulle dröja innan detta vann allmän acceptans.

En väg som Sverige prövade för att återställa landets urholkade konkurrenskraft var devalveringarna vid fem olika tillfällen 1976-82. Devalveringspolitiken prövades av såväl socialdemokratiska som borgerliga regeringar. Avsikten var att den svenska kronan skulle skrivas ner och undervärderas så mycket i förhållande till utländska valutasystem, att vi åter fick igång en exportledd expansion. Sammantaget skrevs den svenska kronan genom devalveringarna 1976-82 med cirka 40 procent.

1980-talet – devalveringar, inflation, offentlig sektor och hög skattekvot.

Till en början tycktes devalveringsstrategin ge avsett resultat. Men framgångarna blev bara tillfälliga. Politikerna lyckades inte få bukt med inflationen, som fortsatte att stiga under 1980-talet. Att så skedde berodde delvis på devalveringarna – som avsiktligt gjorde importen dyrare – men också på arbetsmarknadsläget. Det kom nämligen att präglas av en pris-löne-spiral. Problemen förstärktes av att olika grupper började strida om vem som skulle få de största bitarna av den krympande kakan, vilket ökade strejkaktiviteten inte minst bland de offentliganställda.

En lärdom man kan dra av de svenska devalveringarna efter 1975 är att de i sig inte räckt till för att lösa problemen. För att en devalvering skall bli framgångsrik måste den kombineras med åtgärder på löne- och prisbildningens områden.

Devalveringarna kom ju också att verka som stötdämpare, och de minskade därigenom omvandlingstrycket i svensk ekonomi. Drivkraften att rationalisera minskades. Samtidigt gav devalveringarna signaler till löntagarna att höga lönekrav inte behövde vara något större problem, eftersom statsmakterna alltid skulle lösa ut dem genom nya devalveringar eller subventioner.

Andra strukturella faktorer kom också att hämma den ekonomiska utvecklingen. Utbyggnaden av den offentliga sektorn tog särskild fart på 1970-talet. Sverige hade 1960 en offentlig sektor – offentliga utgifter inklusive transfereringar – som med sina 30 procent av BNP låg på ungefär samma nivå som genomsnittet för västländerna. År 1982 hade de svenska offentliga utgifterna vuxit exceptionellt och utgjorde, som sagt, 67 procent av BNP. Sverige låg då i topp med en stor spridning neråt på skalan och med ett genomsnitt på drygt 40 procent för

västländerna. De offentliga utgifterna i Sverige har i hög grad legat på den kommunala sektorn och olika transfereringar.

Den offentliga sektorns expansion skedde i nära samband med kvinnornas stora intåg på arbetsmarknaden, som bland annat krävde utbyggnad av daghem och förskolor. Särskilt snabbt steg förvärvsgraden för kvinnor efter 1965, och de sökte sig i hög grad till den offentliga sektorn. Den stora ökningen skedde bland gifta kvinnor, även för dem med barn i förskoleåldern. Således förvärvsarbetade 1965 var tredje gift kvinna, men i början av 1980-talet arbetade två av tre gifta kvinnor utanför hemmet.

I Sverige har den offentliga sektorns framväxt skett genom skattefinansiering. Med växande offentlig sektor ökade också skattekvoten – d.v.s. skatternas andel av BNP. Vid sekelskiftet 1900 låg skattekvoten på 10 procent för att gradvis stiga till 20 procent omkring 1950. Därefter stegrades skattekvoten i snabb takt fram till 1980, då den uppgick till 50 procent. Sedan dess har den pendlat kring denna procentnivå. Före 1970 hade Sverige ungefär samma skattekvot som de närmaste konkurrentländerna, men därefter blev den svenska skattekvoten högre än i övriga länder. I takt härmed steg också kommunalskatten. År 1960 uppgick den i genomsnitt för landets kommuner till 15 procent, och 1980 hade den fördubblats till 30 procent, där den till i dag i stora drag legat kvar.

Det skattesystem som byggdes upp – främst på 1970-talet – kom att få klart snedvridande effekter. Kombinationen av inflation, progressiva inkomstskatter (höga marginalskatter) och generösa avdragsregler gjorde att systemet fick påtagligt perversa drag. Det som avgjorde ens lön efter skatt var inte vilket arbete man hade eller vilken produktion man åstadkom. Allt viktigare blev i stället var man råkade bo, vilka bolån man hade och vilka avdrag man kunde göra. Systemet erbjöd därför allt sämre stimulans till produktivetsförbättring och tillväxt.

Under hundra år fram till omkring 1970 hade Sverige en lång och uthållig ekonomisk tillväxt, som inte hade många motsvarigheter i världen. Att denna utveckling kom igång berodde bl. a på olika institutionella förhållanden, som bidrog till att Sverige under det industriella genombrottet kunde moderniseras. Detta skedde genom att landet då relativt snabbt och flexibelt kunde ställa om och anpassa sig till vad den internationella marknaden krävde.

Man måste emellertid konstatera att många av de krafter som en gång verkade till Sveriges fördel snarast verkat till landets nackdel efter 1970. Om de institutionella krafterna under det industriella genombrottet framkallade en vilja till föränderlighet, rörlighet och flexibilitet, tycks samma krafter från och med 1970-talet betonat tryggheten, vilket emellertid också medförde större tröghet. Ett vaktslående om det bestående kom också att innebära mindre benägenhet till internationell anpassning, omställning och förändring.

1990-talet – ränteshock, systemskifte och sanering

Den oroliga konjunkturutveckling som kännetecknade den internationella ekonomin under 1970-talet fortsatte även efter 1980. De dåliga konjunkturerna i början av 1980-talet förbyttes under årtiondets senare hälft av en hektisk men kort högkonjunktur.

För Sveriges del kom den svenska ekonomin under slutet av 1980-talet att glida in i en ny kris. Produktiviteten ökade endast med en procent om året, medan lönerna steg med tio procent per år. Kraven från svenska folket hade stigit långt mer än vad ekonomin kunde bära. De svenska problemen blev akuta genom ekonomins tilltagande globalisering.

Det sena 1900-talet har präglats av utomordentligt genomgripande förändringar. Industrisystemen spreds till allt fler länder utanför västvärlden. Omkring 1990 fick vi se upplösningen av de socialistiska ekonomierna i Östeuropa. Allt detta kom att innebära såväl hot i form av ny konkurrens som möjlighet till nya marknader. Förbättrade kommunikationer, datoriseringens och informationsteknikens framväxt banade väg för en allt tydligare internationalisering av världsekonomin. Liknande tendenser var ingalunda helt nya, men tidigare förändringar hade ändå skett i långsammare tempo. Helt klart är att den ekonomiska utvecklingen under 1900-talets allra sista fas gick fram i en allt snabbare omvandlingstakt, vilket krävde allt större omställningar av enskilda länder och individer.

Ekonomins internationalisering gjorde det allt svårare för Sverige att föra en egen ekonomisk politik som avvek från omvärlden. När överhettningen och inflationen i svensk ekonomi tilltog mot slutet av 1980-talet, drevs därför räntorna i höjden. I början av 1990-talet sjönk svensk

ekonomi ner i sin djupaste kris under hela efterkrigstiden, den s.k. finans- och fastighetskrisen. Räntorna chockhöjdes, och efter 1992 blev det närmast tvärstopp i husbyggandet, och utbyggnadstakten blev synnerligen låg under resten av 1990-talet.

I detta läge tvingades Sverige inleda ett systemskifte. Möjligheten att fortsätta med devalveringar ansågs uttömd. I stället påbörjades på allvar kampen mot inflationen som också pressades tillbaka. Men det skedde till priset av stagnation och arbetslöshet. Grundläggande förändringar med mera marknadsekonomi genomfördes samtidigt som skattesystemet reformerades.

Mitt under krisen sökte Sverige också medlemskap i den Europeiska Gemenskapen. Det blev den socialdemokratiska regeringen, som några månader före sin avgång 1991 lämnade in ansökan om medlemskap. Socialdemokratins ledning som tidigare varit emot medlemskap gjorde alltså ett åsiktsbyte. I samband med finans- och fastighetskrisen tvingades den borgerliga regeringen och socialdemokraterna till en långtgående kompromiss. I syfte att komma till rätta med de svåra problemen kring arbetslöshet och växande budgetunderskott enades de politiska blocken om ett ekonomiskt krisprogram.

Krisprogrammet kom bl.a. att innehålla mycket stora besparingar i de offentliga utgifterna. Den svenska ekonomin sanerades under 1990-talet. Samtidigt som samhällsekonomin kunde stramas upp och stabiliseras under resten av årtiondet, innebar utvecklingen att många verksamheter – exempelvis hälso- och sjukvården – fick känning av besparingspolitiken.

Befolkningsutveckling och sociomedicinskt samhällsklimat

Vid mitten av 1700-talet var medellivslängden i Sverige cirka 35 år. Då var det bara ett litet antal personer som uppnådde 50 års ålder. Fram till sekelskiftet 1900 hade medellivslängden stigit till något mer än 50 år. Som tidigare blev kvinnorna något äldre än männen. Överlevnaden kring millennieskiftet 2000 var markant större: männen blev i genomsnitt 77 år och kvinnorna 82 år.

Av Sveriges befolkning var i slutet av seklet så mycket som 18 procent äldre än 65 år och 5 procent äldre än 80 år. Den påtagliga ökningen av antalet äldre är ett viktigt konstaterande, eftersom hög ålder är den faktor som har störst betydelse för såväl fysisk som psykisk vård och omsorg. Samtidigt kan man se en utveckling där en allt större del äldre fått uppleva fler levnadsår med relativt hygglig hälsa. Allt detta ställer naturligtvis större krav på samhälleliga insatser – både när det gäller äldre friska och äldre sjuka.

Folkökningen har märkts genom att stora barnkullar sett dagens ljus under vissa perioder som 1940-talet, 1960-talet och åren omkring 1990. I övrigt har barnafödandet varit lågt. Ur befolkningssynpunkt har detta dock kompenseras genom en betydande nettoinvandring under 1900-talets senare del. Vid seklets början hade vi i stället haft en betydande nettoutvandring. Med tiden kom mer än tio procent av befolkningen att vara invandrare. Man kan konstatera att svenskarna vid 1900-talets slut blivit ”fler, äldre, längre och fetare”.

Att befolkningen under århundradet fördubblats och fått ökad medellivslängd, genomsnittslängd och genomsnittsvikt har flera orsaker. Störst betydelse har den allmänna välfärdspolitikerna haft. Både genom offentliga och enskilda åtaganden har välfärdsinsatserna inneburit stöd även för eftersatta samhällsgrupper.

En annan viktig bakomliggande faktor har den allt mer varierande och proteinrikare kosten varit. Höjd bostadsstandard med rinnande vatten och avlopp har medfört väsentligt förbättrad personlig hygien. Risken för de tidigare florerande smittsjukdomarna har därmed avsevärt minskat. Rent medicinska framsteg har också bidragit till förbättrad folkhälsa genom att gamla folksjukdomar som tuberkulos, polio och difteri kunnat utplånas.

Välfärden har emellertid också skapat sin egen sjukdomsbild. Minskad fysisk aktivitet och övervikt har i sitt släptåg framkallat en ökning av hjärt- och kärlsjukdomar. Landets åldrande befolkning har under senare årtionden också blivit mer exponerad för olika cancersjukdomar. Tidigare, då medellivslängden var lägre, dog människor i andra sjukdomar innan cancer hunnit utvecklas. Ett hotfullt moln som på senare tid dykt upp på den medicinska himlen utgör immunbristsjukdomen aids.

Om större delen av svenskt 1900-tal kan betecknas som ekonomiskt och socialt framgångsrikt, gäller det i mindre grad för århundradets sista kvartssekel. Det svenska

försprånget efter andra världskriget kom efterhand att inhämtas av allt fler länder, och den ekonomiska tillväxten stannade av. De offentliga inkomsterna kunde inte balansera de ökande kostnaderna för välfärdsstatens stora åtaganden såsom barnomsorg, sjuk- och åldringsvård och stöd åt arbetslösa. Bland annat hälso- och sjukvård drabbades av den framtvingade sanerings- och besparingspolitiken. I kostnadspressande syfte ställdes i den offentliga debatten krav på slopandet av statliga monopol och ökade privata inslag inom den sociala sektorn. En hel del av dessa krav fick också genomslag i riksdagsbeslut. Omsorgen om de äldre, som helt togs över av primärkommunerna 1990 innebar en ökad ekonomisk belastning för dessa. En lösning var att de äldre så länge som möjligt skulle bo kvar i sin hemmiljö och få stöd för detta i hemtjänst. Det innebar att man minskade på serviceboendet (de tidigare ålderdomshemsplatserna), vilket innebar att vårdtyngden ökade för dessa. Vården och vårdtagarna kom att mer likna de tidigare sjukhemmens. I det egna boendet upplevde man isolering och brist på stimulans.

De förändrade förhållandena gjorde att Sverige inför millennieskiftet 2000 befann sig i en ny brytningstid.

Hälsa och sjukvård

Reformverksamheten fram till mitten av 1980-talet var inriktad på att komplettera, bygga ut och vidga den svenska välfärdsmodellen i form av olika socialförsäkringar, utbyggnad av vård och omsorg och satsning på utbildning. Det blev under dessa årtionden ett sorts systemskifte. Ansvarsområden förändrades mellan sjukvård och socialvård. En husläkarreform som beslutades med syfte att öka kontinuiteten patient/läkare kom att ifrågasättas. En ökad valfrihet genomfördes för vårdsökande men också för vårdpersonalens drifts- och arbetsformer. Man ville effektivisera resursutnyttjandet. Fler privata vårdgivare noterades. Man började tillämpa marknadsprinciper i styrningen av den offentliga vården. Ny budgetstyrning infördes med köp- och säljförfaranden för att försöka införa någon form av konkurrens inom den offentliga sektorn.

Spri

Institutet (Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings och Rationaliseringsinstitut) bildades av staten och sjukvårdshuvudmännen 1968. År 1995 hade institutet 90 anställda och omsatte cirka 90 miljoner kronor. Av brist på insatser/pengar lades Spri ned år 2000 – Leni Björklund var då dess chef.

Spri:s uppgift var att bistå huvudmännen i utformningen av hälso- och sjukvården. Verksamhetsområdena var kvalitetsutveckling, hälsoekonomi och vårdinformatik. Spri var ett viktigt kompetenscentrum för primärvårdens utveckling och effektivisering. För Mittenälvsborg och Lerum hade det stor betydelse i uppbyggnaden av primärvården från mitten av 1970-talet och framåt. Redan 1974 engagerade sig Spri med medarbetarna Gert Ljungkvist och Palle Fredriksson i att utveckla ett vårdplaneringssystem för vårdcentraler (projekt 3040 i Lerum). Detta kom att spridas runt riket under slutet av 1970-talet och kallades Lerumsmodellen. Samarbetet med Spri fortsatte med ett flertal projekt som: Basdata om kontakter i primärvården (Spri-rapport 142), POMR- handbok för problemorienterad medicinsk registrering (Spri-rapport 210), Datagrundjournal. Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral (Spri-rapport 282). Gert Ljungkvist kom att delta i samtliga Spriprojekt med anknytning till Lerums primärvårdsområde och följde och gav råd till den vårdadministrativa utvecklingen där.

Ur socialstyrelsens PM 166/87 hämtas:

- Socialstyrelsen och Spri bör även fortsättningsvis prioritera utvecklingsarbetet vad avser primärvårdens innehåll och vårdens kvalitet liksom organisatoriska frågor av betydelse för primärvårdens utveckling i landstingen,
- Socialstyrelsen bör i samverkan med Landstingsförbundet och Spri utveckla nya former och metoder för att dokumentera och i planeringssammanhang ta hänsyn till olika brukarkategoriernas behov och önskemål. Syftet var att stärka befolkningens inflytande över utformningen av primärvårdens service.

Hälso- och sjukvårdslagen 1982 och 1992

Den tidigare sjukvårdslagen ersattes 1983 med en ny hälso- och sjukvårdslag (HSL) – beslutades 1982. HSL har i likhet med den senare socialtjänstlagen (1988:871) karaktären av en målinriktad ramlag. Lagen gav kommuner och landsting stort utrymme att efter lokala behov och förutsättningar utforma vården. Den nya lagen speglade trenden att alltmer decentralisera hälso- och sjukvården.

Lagen innebar en övergång från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Istället för att ha haft ett passivt sjukvårdsansvar fick landstingets sjukvårdspersonal ett offensivt hälsovårdsansvar. Lagen gav huvudmännen ett folkhälsoansvar som omfattade mycket mer än det sjukvårdsansvar man hade dessförinnan. En offensiv hälsovård blir en del av sjukvården på alla nivåer och i alla vårdformer. Den var influerad av WHO:s ”Hälsa – för – alla – strategi – år 2000” (1977).



Det övergripande målet i lagstiftningen var för hälso- och sjukvården att ge god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den ”lika rätten” kräver att vårdpersonalen bedömer ett och samma sjukdomssymtom lika.

”Om den som söker är ung eller gammal, svensk eller invandrare, högröstad eller försynt, helnykterist eller alkoholist ska inte spela någon roll.”



Ett antal krav på landstingens hälso- och sjukvård ställdes upp. Den skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården skall organiseras så att goda kontakter underlättas mellan vårdsökande och personal inom vården. Vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningar inte kan lämnas till patienten skall de istället lämnas till en nära anhörig.

Kravet att vården skall vara av god kvalitet innebar att hälso- och sjukvården skulle hålla en god personell och materiell standard, d v. s. bedrivs av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. All vård och behandling skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Krav på medicinsk säkerhet och kvalitet är av helt avgörande betydelse.

Man pekade också på att fördelningen av resurser mellan olika led i vården måste ändras. En utbyggd primärvård ska vara basen för näransvaret. Landstinget skulle ha ansvaret för att främja hälsan hos den svenska befolkningen.

Primärvårdens s.k. honnörsord (helhetssyn, primärt ansvar, närhet och tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och säkerhet, samverkan) fick i HSL sin lagliga förankring. Lagen 1982 sade inget om vårdens dimensionering, exempelvis behov av antal distriktsläkare, utan överlämnade till landstingen att lösa dess frågor mot bakgrund av målformuleringarna. Fortfarande i början av 2000-talet var dimensioneringsdiskussionerna heta.

Orsaken till en lagändring 1992 (!992:567) var att kommunerna fick ansvar för långtidssjukvården (sjukhem, dagsjukvård och sjukvård i hemmen) - ”Ädelreformen”. Lagen var ett komplement till 1983 års hälso- och sjukvårdslag med samma grundläggande mål att hälso- och sjukvården skall ge vård och god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Lagen gav kommuner och landsting stort utrymme att efter lokala behov och förutsättningar utforma vården, vilket de också kom att göra.

Landstingets sjukvårdsplaner 1974 och 1980

Älvsborgslandstinget fastställde i december 1974 en sjukvårdsplan för åren fram till 1985. Den innebar en viljeyttring: att satsa kraftigt på öppenvård och långtidsvård.

Satsningen skulle ge:

- ökad närservice
- fördubblat antal läkare i öppen vård
- minskade köer
- bättre kontinuitet läkare – patient
- fler hembesök
- minst ett sjukhem och en vårdcentral i varje kommun

Sjukvårdsplanen 1974 var ett försök att i ett sammanhang bedöma hela sjukvårdens utveckling under följande 10 – 15 års period och sätta utvecklingen i relation till de begränsande faktorerna ekonomi och personal.

Redan 1980 ansågs synsättet orealistiskt och istället utarbetades rapporter successivt för utveckling av enskilda verksamhetsområden. Dessa rapporter skulle utgöra underlag för landstingets kommande femåriga flerårsplaner, Primärvård och Långtidsvård fick egna framtidsplaner.

Landstingets hälsoplan 1977

Landstinget beslöt efter att ha fastställt en sjukvårdsplan, som omfattade åren 1975 till 1985, att även beskriva vilka förebyggande åtgärder man hade att genomföra. En hälsoplans första etapp fastställdes 1977. En andra etapp skulle tillkomma i samverkan med externa hälsovårdande instanser. Tillsammans skulle hälsoplanen med friskvårdsinslag omfatta åren 1980 – 1990.

I den första etappen ansåg man att hälsoplanen skulle begränsas att omfatta aktiviteter som redan fanns inom landstingets kompetensområde som: Vaccinationer, Hälsokontroller, Hälsouppläsning, Tandhälsovård, Kost- och motion och Företagshälsovård. Den senare för de egna arbetstagarna men försök med extern företagshälsovård igångsattes senare i vid Vårgårda vårdcentral. Man pekade också på att verksamheten skulle riktas mot vissa riskgrupper som fetma, sockersjuka och högt blodfett. Allmänna hälsokontroller var man skeptisk till men förordade riktad hälsokontrollverksamhet för sjukdomsgrupper som primärvården behandlade som : Högt blodtryck, Högt blodfett, Diabetes, Högt ögontryck, Järnbrist, Kronisk bronkit och Livmoderhalscancer, samt en del som låg närmare sjukhusens ansvarsområde som: Bröstcancer, Lungtuberkulos och Lungcancer. Hälsokontroll av äldre togs inte upp ej heller det väsentliga förebyggande arbetet med tobak, alkohol och narkotika.

En försöksverksamhet med förebyggande hälsoarbete hade redan tre år tidigare (1974) inletts i Lerums läkardistrikt. Vid Lerums vårdcentral med kostrådgivning (dietist) i Floda vårdcentral med diabetes, alkohol, rökavvänjning och hälsoinformation i väntrum. Distriktsläkarna engagerade sig hårt i denna utveckling. Bengt- Ivar Nöjd var motorn vad gällde ett alkoholprojekt, Hans Lundgren, som också kom att verka centralt i landstingets hälsoplanearbete, medverkade med diabetesprojekt, friskvårdsprojekt och hälsoinformation i väntrum. Hans Lundgrens diabetesprojekt blev en del i hans doktorsavhandling.

Reformer

Under 1960-, 1970- och 1980-talen gjordes ett flertal reformer som fick stor betydelse för den öppna hälso- och sjukvården. Några av de viktigaste refereras i korthet här.

7-kronorsreformen

Efter en obligatorisk sjukförsäkring, som trädde i kraft 1955, skedde successivt förändringar av sjukvårdssättningen. Före 1970 fick patienten betala doktorn hela kostnaden för ett öppenvårdsbesök och sedan vända sig till försäkringskassan för att få tillbaka den fastställda subventionen för sin utgift. 7-kronorsreformen 1970 innebar att den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna öppna vården såväl vid som utanför sjukhusen finansierades av sjukförsäkringen. Statssekreterare Lars-Åke Åström, som var reformens arkitekt, hade tänkt sig en avgiftsnivå motsvarande 30 kronor per besök, vilket då ungefär motsvarade sjukvårdshuvudmännens genomsnittliga totalkostnad för ett läkarbesök. Patienten skulle betala en fjärdedel därav, dvs sju kronor och femtio öre. Det fanns många motiv för en sådan reform, menade man. Ersättningssystemet var för krångligt och gjorde att patienten måste lägga ut pengar för att sedan få stå i kö på försäkringskassan för att få ut återbäringen. Vidare varierade kostnaden för patienten beroende på omfattningen av de åtgärder som krävts. En enhetstaxa, lika för alla, skulle vara mer rättvis och ge bättre skydd för patienter som behövde omfattande och dyrbar vård.

För patienten var den omedelbara effekten att betala denna ringa del av besökskostnaden – till en början 7 kronor. Resterande del erhöll landstingen direkt av försäkringskassan. Efter hand har patientavgiften höjts för att år 2005 vara mellan 150 – 300 kronor per patientbesök. Istället har införts kostnadstak för patientsättningarna för att inte ekonomiskt knäcka de som behöver mycken vård. Dessutom får barnen i många landsting gratis vård.

Henric Hultin, som då var ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse och i förhandlingsdelegationen, anför (Läkartidningen nr 50 1999, ”Sjukronorsreformen: 30 år):

”Detta var läkarförbundets svåraste förhandling. Läkarna hade fram till 1964 en totalt oreglerad arbetstid såväl vad gällde dent vanliga arbetet som jourtjänsten. Då kom det första avtalet om viss kompensation för jourtjänst. Fortfarande var dock läkarnas arbetstid utanför jour och beredskap helt oreglerad till 1970.

Läkarnas inkomst berodde dels på den totala volymen mottagningsbesök dels på taxan för ersättningen av besöken. Genomsnittligt för hela läkarkåren var mottagningsinkomsterna sammantaget större än den fasta månadslönen.

Allmänt var läkarnas arbetsbörda stor med långa arbetsdagar och tung jourbörda med ringa kompensation i ledighet. Många inom sjukhusläkarkåren uppfattade bristen på samband mellan arbetsbelastning och inkomst som starkt stötande

Under flera år före 1970 hade det på- gått en intensiv intern debatt kring arbetstiderna och löneförhållandena. Naturligtvis präglade »egennyttan» olika gruppers inställning. De yngre läkarna hade inte samma ekonomiska kompensation för den tunga arbetsbördan som de äldre, och de värderade ökad fritid högre.

När sjukvårdshuvudmännen hösten 1969 i samband med enhetstaxereformen kom med sitt förslag om en helt ny arbetstids- och avlöningsmodell (reglerad arbetstid och tidlön) för alla offentligt anställda läkare, så fanns det alltså en jordmån inom läkarkåren i form av ett ganska utbrett missnöje med det befintliga systemet.

Läkarförbundets fullmäktige 12 oktober 1969 gav dock sin acceptans till att man träffade avtal både om tidlön och bestämmelser om arbetstid »om så under förhandlingarnas gång bedömes lämpligt eller erforderligt». Fullmäktige uttalade sig också tydligt för att »av- skaffande av nuvarande omotiverade inkomstskillnader mellan olika läkar- grupper inom skilda kategorier och mellan specialiteter bör eftersträvas.

P.g.a. tvister parterna emellan om hur en av Läkarförbundet gjord arbetstidsenkät vecka 42/1969 skulle värderas och översättas till årsarbetstider blev det svåra förhandlingar i frågan fram till ett nytt avtal kunde träffas 12 februari 1970. dessförinnan hade man överenskommit om ett interimsavtal under natten till nyårsafton

Sannolikt var det »förhandlingsmatematiska» sättet att sätta den framtida lönen för normalarbetstid förmånligt för de olika läkargruppernas inkomstnivåer på längre sikt. Det hade knappast varit möjligt att kontinuerligt förhandla upp en styrande öppenvårdstaxa, så att mottagningsinkomsterna kunnat förbli en så hög andel på så höga inkomstnivå- er som det här var fråga om.

En nackdel, sett ur samhällets perspektiv, var att man tappat prestationsersättningens stimulan­deffekt. En annan nackdel var den ömsesidiga upplevelsen av personlig relation mellan läkare och patient då betalningen från patient till dennes läkare sannolikt hade en viktig symbolisk betydelse.”

Förhandlingarna 1968 och 1969 med anledning av sjukförsäkringsreformen blev de mest arbetstygda och långvariga även för Provinsialläkarföreningen. De resulterade i nya arbetsförhållanden som innebar en helt ny verklighet för provinsialläkaren. Då infördes totallön och reglerad arbetstid (42,5 timmar). Många av problemen med arbetstider, taxor och löner försvann.

Men man såg en del nackdelar med det nya avtalet:

1. En hög arbetsinsats belönades ej.
2. Övertidsarbete (om det inte var jourtjänst) ersattes ej.
3. Lön utgick inte för den aktuella insatsen utan för ett genomsnittsarbete.

Men det fanns också fördelar:

1. En kraftig lönegradshöjning gav högre pension.
2. Kraftigt förbättrade sjuklöne­förmåner.
3. Förbättrade förmåner vid tjänstledighet.
4. Möjlighet till jourkompensations­ledighet.
5. Socialmedicinskt och liknande arbete värderas lika med sjukvård.

Ett av förutsättningarna för det nya avtalet var att den s. k. sjukvårdsproduktionen ej fick minska i omfattning. Till en början kom man ihåg denna förutsättning inte minst för att patienttrycket var stort men eftersom tiden gick minskade antalet besök per läkare, ibland drastiskt.

Dagmar-reformen

Fram till 1 januari 1985 var den allmänna sjukförsäkringsersättningen till sjukvårdshuvudmännen och privatläkarna prestationsrelaterad. Genom den s.k. Dagmarreformen omvandlades de prestationsrelaterade ersättningarna till en samlad ersättning beräknad med ett enhetligt belopp per invånare, en allmän sjukvårdsersättning.

Från och med 1988 fördelades den allmänna sjukvårdsersättningen efter en behovsbaserad modell. Den bygger på indelning av sjukvårdsområdena med hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspension samt andelen ensamboende äldre. Vid sidan om detta lämnas varje år ett antal särskilda ersättningar till huvudmännen så kallade Dagmarbidrag. Dagmarmedel används för att stimulera utvecklingsprojekt mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården med syfte att sänka ohälsotalet, det vill säga erbjuda medicinsk rehabilitering och behandling och därmed ge människor möjlighet att återgå i arbete eller återfå arbetsförmågan. Dessa medel har ofta kunnat finansiera utvecklingsprojekt i primärvården.

Ädel-reformen 1992

Det hade under en lång följd av år blivit allt mer påtagligt att samhällets resurser för äldre- och handikappomsorg måste samordnas. Formerna för samordning har varit svår att hitta.

En äldreberedning inrättades efter beslut av regeringen 1980, som ordförande i denna utsågs socialministern. Uppgiften var att behandla frågor om övergripande prioritering och samordning av samhällets insatser för de äldre. Enligt direktiven har arbetet inriktats på de områden som avser boende, omsorg, service och vård till de äldre samt med utgångspunkten att insatserna i första hand skall underlätta för dem att leva ett självständigt liv. ”Äldreomsorg i utveckling” är slutbetänkandet på deras arbete och var färdigt 1987. (SOU 1987:21 Betänkande av äldreberedningen). Äldrepropositionen 176, Äldreomsorgen inför 90-talet kom 1988. Riksdagen behandlade den 1988 och Äldredelegationen tog fram förslag till en Ädelreform 1989.

1990 12 13 tog Riksdagen beslut i frågan. Beslutet innebar i huvudsak följande:

- Kommunerna blev skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för äldre och handikappade
- Kommunerna fick skyldighet att inrätta dagverksamheter.
- De lokala sjukhemmen fördes normalt över till kommunerna.

- Kommunerna blev ansvariga för medicinska insatser i alla särskilda boendeformer exklusive läkarinsatser.
- För hemsjukvården i övrigt har landstinget ansvar.
- Kommunerna får befogenhet att bedriva hemsjukvård till personer i eget boende.
- Hela hemsjukvården kan överföras till kommunen genom lokal överenskommelse.

Kommunerna blev betalningsansvariga för:

- all långtidssjukvård
- medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatiska akutsjukvården inkl. den geriatriska vården.
- Kommunerna fick ansvaret för enklare tekniska hjälpmedel.
- Kommun och landsting kan om man är överens ansöka om att få bedriva försöksverksamhet med primärkommunalt huvudmannaskap för primärvården.
- Socialnämnden är fr.o.m. 1 januari 1992 inte en obligatorisk nämnd.
- Statligt stöd till personalutveckling och till omstrukturering inom service och vård om 5,5 miljarder kronor kom att utgå under en övergångstid.

Ändringar gjordes i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen på grund av Ädelreformen. Reformen som trädde i kraft 1992 och som hade till syfte att ge primärkommunerna ett samlat ansvar för långvarig vård och service till äldre och handikappade. Genom ändringarna ville man få klar ansvarsfördelning mellan kommun och landsting.

I propositionen sägs om kommunerna bl. a.

”Jag vill erinra om att reformen avseende äldreomsorgen vid årsskiftet 1991/92 innebar att hälso- och sjukvården vid sjukhem och andra inrättningar för somatisk långtidssjukvård som kommunerna då tog över från landstingen inte längre ses som sluten vård utan som öppen vård.”

Primärkommunerna tog nu över huvuddelen av medicinsk vård och omsorg i eget boende.

Under 1980-talet och därefter pågick en diskussion om att kommunerna skulle ta över huvudmannaskapet för hela primärvården. För detta talade bl.a. svårigheterna att avgränsa kommunernas ansvar för omvårdnad av hemsjukvårdspatienter från landstingens ansvar för de medicinska insatserna. Personalen i primärvården, framför allt läkarna, kände större samhörighet med landstingens sjukvård och ville inte bli isolerade i kommunernas regi

De diskuterade planerna på en kommunalisering av hela primärvården bromsades. Orsakerna till detta var nya sjukvårdspolitiska strömningar som visade sig starka.

Läkarinsatserna i hemsjukvården och särskilda boenden blev fortsatt landstingens ansvar i övrigt övergick personalen till kommunerna och fick ny ledning. Primärvården blev uppdelad, tidigare vårdlag splittrades delvis och det tog tid att hitta nya samarbetsformer.

Centrala utredningar

Den utveckling som skedde under 1970- och 1980-talen föregicks och förstärktes av utrednings- och policyarbete av Socialstyrelsen, Spri (Sjukvårdens Planerings och rationaliserings Institut), Landstingsförbundet och Kommunförbundet. Här refereras kort några viktiga utredningsarbeten.

Socialstyrelsen principprogram för öppen vård 1969

I programmet betonades starkt behovet av en utbyggnad av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar. Enheter med färre än tre läkare skulle i allmänhet inte förekomma. Vid större vårdcentraler borde ett flertal specialistutbildade läkare vara verksamma. Läkarna förväntades öka sitt hälsovårdande arbete. Vidare pekades på fördelar med en samordning av vårdcentraler och sjukhem samt etablering av dagcenterverksamhet för såväl kroppsligt som psykiskt sjuka äldre men även för psykiskt utvecklingsstörda och handikappade. man förordade samlokalisering av samhällliga organ som apotek och försäkringskassa till vårdcentralerna.

Spri-rapport nr 14/72 om den öppna vårdens organisation

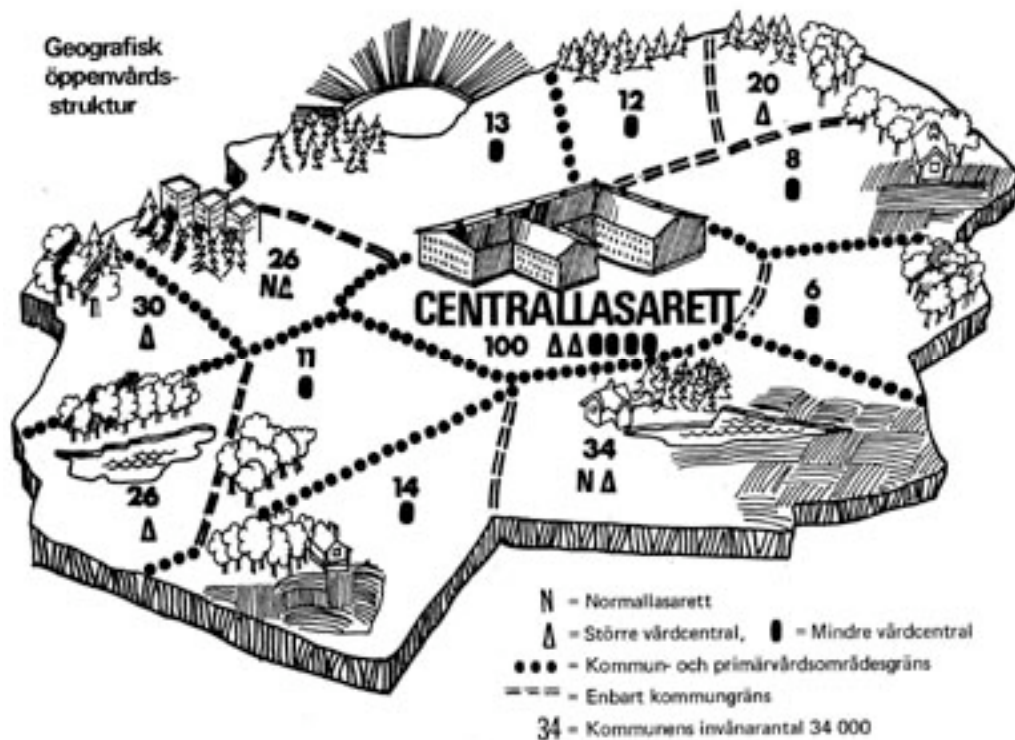
Spri hade till uppgift att genom fördjupade utredningar vägleda sjukvårdshuvudmännen i dess utformning av hälso- och sjukvården. En av de första utredningarna som fick till uppgift att omsätta socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968) i organisatoriska termer. Genom beslut 1969-08-27 tillsattes en arbetsgrupp för att behandla frågor angående den öppna vårdens utformning, Bengt Dahlin, Gråbo, ingick i arbetsgruppen som ende representant för distriktsläkarna/allmänläkarna. Nils Ternér, senare sjukvårdschef i Älvsborgs läns södra sjukvårdsdistrikt, var en av Läkarförbundets representanter. Utredningen dominerades av sjukhusläkare inklusive Läkarförbundets representanter.

I principprogrammet ingick som grundförutsättningar:

- att det var möjligt och eftersträvansvärt att överföra diagnostik och terapi från slutet till öppen vård.
- att den öppna vården i stor utsträckning kunde frigöras från sjukhusvården och decentraliseras till välutrustade enheter med annan lokalisering
- att en ökad samverkan mellan och samordning av hälso-, sjuk- och socialvård kom till stånd

Huvudsyftet med Spri-projektet var att med denna helhetsbild utforma vägledande riktlinjer för en öppenvårdsstruktur, som möjliggjorde en decentralisering av specialiserad öppen vård och som underlättar en samordning av sjukvård, hälsovård och socialvård.

Modell över en öppenvårdsstruktur



I utredningen användes för första gången officiellt beteckningen primärvård för den offentliga öppna hälso- och sjukvård som kunde bedrivas utanför sjukhusens klinikmottagningar. Vidare beskrevs innebörden av begreppet primärvårdsområde. Med ett sådant avsågs ett geografiskt begränsat område så stort att befolkningens behov av specialiserad öppen vård skulle kunna tillgodoses inom området. Området kunde bestå av flera kommuner eller utgöra del av en större kommun. Det skulle finnas minst en vårdcentral i kommunen eller i kommundelar. Specialiserad vård kunde baseras på en större vårdcentral med förgreningar till mindre vårdcentraler inom primärvårdsområdet. De mindre vårdcentralernas viktigaste uppgift skulle vara att ge närservice i hälso- och sjukvård samt samverka med andra verksamheter inom vårdsektorn och med socialvården. Det rent sjukvårdande arbetet förutsattes bli av

allmänmedicinsk karaktär med viss specialistmedverkan främst inom barnmedicinen eller utformad som konsultverksamhet för läkare från närmaste större vårdcentral.

Primärvårdens allmänläkarantal, ansåg dess representant, borde bli minst 4.500 allmänläkare i riket (antalet då var 1.318). Specialistkollegorna i läkarförbundet ansåg detta som ett orealistiskt högt tal med avseende på tillgången till allmänläkare, (o)intresset för banan och möjlighet att utbilda allmänläkare.

Husläkarsystemet

Jan Kuuse analyserar:

Sedan 1930-talet har svensk samhällsutveckling i stort präglats av en påtaglig kontinuitet vad gäller politisk styrning och maktutövning. Socialdemokratin har under denna långa tid innehaft regeringsmakten med avbrott för endast två kortare perioder. Borgerliga regeringar har styrt Sverige dels 1976-82, dels 1991-94. Även om de borgerliga partierna ville göra andra prioriteringar än socialdemokraterna, har de borgerliga regeringsinnehaven inte varit tillräckligt långa för att i större omfattning kunna bryta den socialdemokratiska hegemonin.

Vi har tidigare noterat att politiska och sociala ambitioner långt ifrån alltid gått hand i hand med de samhällsekonomiska resurserna. I det långa loppet är det naturligtvis så att samhällsekonomin ytterst sätter gränser för hur långt ambitionerna kan förverkligas. Det har emellertid inte hindrat att långtgående politiska ambitioner och reformtänkande sprungit fram även under ekonomiskt svaga perioder, och det har skett oavsett vem som suttit vid regeringsmakten.

Ett slående exempel på det ovan sagda utgör 1970-talets snabba och omfattande utbyggnad av den offentliga sektorn, då de samhällsekonomiska signalerna för en utbyggnad egentligen var svaga. De expansiva ambitionerna och planerna hade formats under de goda åren på 1960-talet och kunde sedan uppenbarligen inte skruvas ner, så att de anpassades till 1970-talets kärvare ekonomi.

På sjukvårdens område är det inte svårt att finna ideologiska skiljelinjer mellan socialdemokraterna och de borgerliga. Exempelvis gäller det synen på husläkarsystemet. Här kan vi också se hur den borgerliga regeringen vidtog mått och steg för att bryta med den socialdemokratiska vårdpolitiken. Efter det att de borgerliga kommit till makten 1976, tillsattes en husläkarutredning 1978. Utredningen föreslog ett husläkarsystem som baserades på önskemålet om fastare läkarkontakter. Man ville förbättra kontinuiteten mellan patient och läkare inom den öppna vården. Att patienter vid upprepade läkarbesök hänvisats till olika läkare har hos patienten ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande och blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. I Lerum prövades också på försök en husläkarmodell med ett kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. På riksplanet hann emellertid förslagen från 1978 års utredning inte förverkligas, eftersom det socialdemokratiska maktövertagandet 1982 innebar ett stopp för dessa planer.

Då de borgerliga 1991 återkom i regeringsställning var de mer förberedda på att genomföra en husläkarreform. En husläkarlag antogs 1993, och ett system med husläkare genomfördes från nyåret 1994. Reformen innebar att alla i Sverige skulle få möjlighet att själva välja en husläkare, vilken skulle ha ett tydligt ansvar för de patienter som valt honom eller henne till husläkare.

Den borgerliga regeringen ville ta bort myndighetsinriktningen som primärvården haft kvar sedan provinsialläkartiden och tona ner primärvårdens samlade ansvar för en given geografisk befolkning. I stället betonades den enskilde läkarens ansvar för de patienter som valt honom eller henne som husläkare. Om en patient blev missnöjd med sin husläkare kunde patienten byta husläkare. Som framgått i annat sammanhang gjordes bl.a. i Lerum stora insatser för att genomföra husläkarreformen.

Socialdemokraterna återtog regeringsmakten 1994. Med andra intentioner för primärvården upphävde den nya politiska majoriteten husläkarlagen, och redan 1996 upphörde husläkarreformen att gälla. I stället fick landstingen i uppdrag att organisera hälso- och sjukvården så att alla som så önskade kunde välja en fast allmänläkarkontakt i primärvården. Detta innebar också ett ökat politiskt stöd för allmänmedicinen och primärvårdens utbyggnad.

Husläkarsystemet bygger på en vacker grundtanke, där patientperspektivet lyfts fram med betoning på tillgänglighet, valmöjlighet och kontinuitet. Flertalet patienter skulle inom detta

system sannolikt också få en bättre trygghet, kontinuitet och närhet i vården. I praktiken tillstötte dock olika problematiska inslag. Primärvårdens lagarbete försvagades och många primärvårdsläkare mådde illa under valproceduren. Husläkarsystemet innebar vidare att de mest attraktiva läkarna snabbt blev fulltecknade och att privilegierade grupper först skulle lista sig hos den husläkare de ville ha. I sin tur skulle det få negativa konsekvenser för socioekonomiskt svaga grupper. Beroende på reglerna för ersättning ansåg nämligen husläkarna, att de inte hade råd att ta sig an socialt utslagna och andra svåra och tidskrävande patienter.

På primärvårdsnivån upplevde man också påtagligt vårdpolitikens ryckighet när det gällde husläkarsystemet. Här satte alla maktskiftena 1976, 1982, 1991 och 1994 sina tydliga spår. När det ena politiska blocket kom till makten, utvecklades koncept för husläkarsystem med allt av kraftödande organisationsförändringar det innebar. Nästkommande maktskifte innebar sedan en tydlig kursändring med upphävande av den föregående regeringens politiska intentioner och nya organisationsförändringar som följde.

Mer om husläkarsystemet i avsnittet ”Lerum prövar att införa husläkare”.

Marknadsinriktad primärvård

Under slutet av 1980-talet ville många landsting utsätta primärvården för konkurrens för att öka effektiviteten och minska de ökande kostnaderna. Ett flertal ekonomiska modeller presenterades. Styrsystemen gick ut på att ge vårdcentralen ett anslag som skulle räcka till köp av tjänster från sjukhusen, laboratorieundersökningar och specialistvård. Vårdcentralerna skulle också kunna konkurrera sinsemellan genom att få ta betalt för patienter från ett annat område än det egna. Det kunde innebära att sjukhusens öppna mottagningar åter växte då de fick ersättning från primärvården, som i sin tur fick underskott i budgeten. Systemet gynnade inte samverkan mellan primärvård och sjukhus och tiden blev politiskt mogen för husläkarreformen 1993.

På 90-talet införde politikerna en ”beställare och utförare”-organisation. Centralt beslutades om hur mycket resurser som skulle utanordnas för olika aktiviteter t.ex bräckoperationer, hjärtinfarktvardagar. Lokalt skulle man sedan effektuera beställningarna. När pengarna var slut fick verksamheten ligga nere trots att personal, utrustning och lokaler fanns. Även primärvården drabbades av systemet. Hur kan primärvård beställas på detta sätt utan att det får negativa effekter på verksamheten? Ett exempel från Göteborg där en privat driven enhet fick slut på pengarna under hösten och måste ställa in verksamheten resten av året. På samma sätt ville man ”härma” det privata företagandets chefstillsättningsystem. Man införde stora bonus- och pensionsavtal vid nyaanställning av högre chefer.

HS 80 – ett principprogram från Socialstyrelsen

Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet presenterades 1975.

Begreppet primärvård gavs i HS 80 en delvis ny innebörd genom att primärvården tilldelades ett ansvar för hälsotillståndet inom ett primärvårdsområde. Ansvaret för behandling av en patient kunde övergå till läns- och regionsjukvård men endast tillfälligt. I konsekvens med detta betraktades vård vid lokala sjukhem som ingående i primärvården. HS 80-programmet innehöll även en delvis ny syn på läkarnas arbetsuppgifter och arbetsfördelningen mellan allmänläkare och specialister. Man ansåg att det på längre sikt skulle vara möjligt att få fram en uppsättning distriktsläkare med olika kompetens. Dessa tillsammans skulle täcka in hela det erforderliga kunskapsområdet inom primärvården (jämför barndistriktsläkare). Vidare betonades starkt nödvändigheten av att samordna hälso- och sjukvård med den socialvård som bedrivs i primärkommunerna samt med skolans, arbetsvårdens och försäkringskassans verksamhet. I anslutning till detta betonades bland annat fördelarna med sammanfallande distriktsindelning, samlokalisering, samordning av planer och insatser av utbildningskaraktär för att öka den ömsesidiga förståelsen serviceenheterna emellan. Försäkringskassan i Lerum var först att bryta principen genom att dela upp klienterna enligt födelsedag på handläggarna. Jämför också primärvårdens i Lerum många samverkansprojekt under 1970- och 1980-talen.

HS-90 – SOU 1984:39

Primärvårdens centrala ställning förstärktes ytterligare i socialdepartementets rapport ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)”. Man förutsatte en betydande utökning av

primärvårdens hälso- och sjukvårdande uppgifter. Uppgifter som:

Basal sjukvård vid mottagningar; sjukvård och medicinsk omvårdnad i hemmen, vid sjukhem och ålderdomshem; att svara för hälsovård för mödrar, barn och äldre; att svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hälso- och sjukvårdsplanering och att bedriva samhällsinriktade åtgärder inom primärvårdsområdet.

Man konstaterade inledningsvis att fattigdom och dåliga levnadsförhållanden var grundläggande orsaker till hög sjuklighet och för tidig död. Den successiva förbättringen som skett av hälsan i befolkningen hade delvis stannat upp. Kostnaderna för hälso- och sjukvården i Sverige hade snabbt stigit från 4 % av BNP 1960 till 10% 1984. Omkring 450.000 personer arbetade 1884 inom hälso- och sjukvård mot 125.000 25 år tidigare. Under 1960- och 1970-talen koncentrerades insatserna på att förbättra och bygga ut sjukhusens resurser. Huvuddelen av besöken i öppen vård gjordes på sjukhusen.

Under 1970- och 1980-talen önskades en omstrukturerings av hälso- och sjukvården mot primärvård. Också inom psykiatrisk vård önskade man att öppna vårdformer prioriterades. Man konstaterade också att omstruktureringsansträngningarna gått långsamt, trögheten i systemet var stor. Man hade svårt att ta nedskärningar på lokala slutenvårdsenheter av lokalpolitiska skäl. Det ansågs viktigt för styrningen av förändringsarbetet att utbildningssystemet utnyttjades bättre. Även FoU förväntades få nya eller vidgade möjligheter när det gällde att förebygga, upptäcka, behandla och lindra sjukdomar och skador. Man såg fram mot att nya framsteg skulle förkorta vårdtiderna inom den slutna vården. Man noterade också brister i samordningen inom hälso- och sjukvården – t ex mellan länssjukvården och primärvården men också mot socialtjänsten, företagshälsovården, försäkringskassan och det primärkommunala hälsoskyddet.

De riktlinjer man kom fram till var att:

- Hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt.
- Befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser.
- Hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Utifrån dessa generella utgångspunkter skulle det fortsatta HS-90 arbetet ses som en vidareutveckling och konkretisering av HS 80:s principprogram. Man borde fokusera på hälsopolitik genom att ta sig an hälsopolitiska riskgrupper speciellt bland arbetare och lägre tjänstemän. Landstingens förebyggande insatser borde öka. Lokalt kunde detta ske genom allmän rådgivning, hälsoupplýsning till allmänhet och patienter samt t ex aktiv blodtrycks kontroll. Man konstaterade också att vårdens tillgänglighet borde även fortsättningsvis förbättras. Vårdprogramutveckling skulle kunna effektivisera vårdarbetet. Utbildningsinsatser var viktiga.

Riksdagens revisorers rapport

År 1991 granskades primärvården av riksdagens revisorer. Man gjorde följande uttalande:

”Sjukvårdsmännen har – i strid mot statsmakternas intentioner – byggt upp en vårdstruktur med en efter internationella förhållanden stark överbetoning på dyrbar specialistvård.” trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården som skall utgöra basen i sjukvården hade fortsatt satsning skett på sjukhusbaserad vård. Antalet specialistläkartjänster vid sjukhusen hade under 1980-talet ökat med 4000 medan allmänläkartjänsterna ökat med endast 1000. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 % av samtliga specialistkompetenta läkare medan det i länder med utbyggd primärvård var en betydligt större andel allmänläkare. Exempelvis hade Norge 30 % och England 40 % allmänläkare.”