

## AMBITIONER, PERSONAL OCH PRODUKTION

### Ambitioner visavi resurser

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

Förutsättningar för service i ett primärvårdsområde.

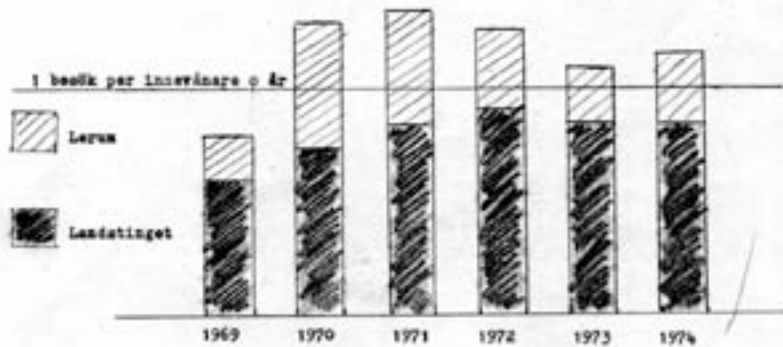
INNEVÄN/ ALLMÄN+ LÄKARTJÄNST	2.300	1,75 BESÖK/INNEV/ÅR	Friskvård m.m.
	2.600	1.50	- Åtager sig sjukvårds- ansvaret - Hög kontinuitet
	3.200	1,25	- Behöver hänvisa vissa patientgrupper - God kontinuitet
	4.000	1.00	- Måste hänvisa många patientgrupp. - Kontinuitet i utvalda sjdgrupper
	5.300	0,75	- Hög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

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

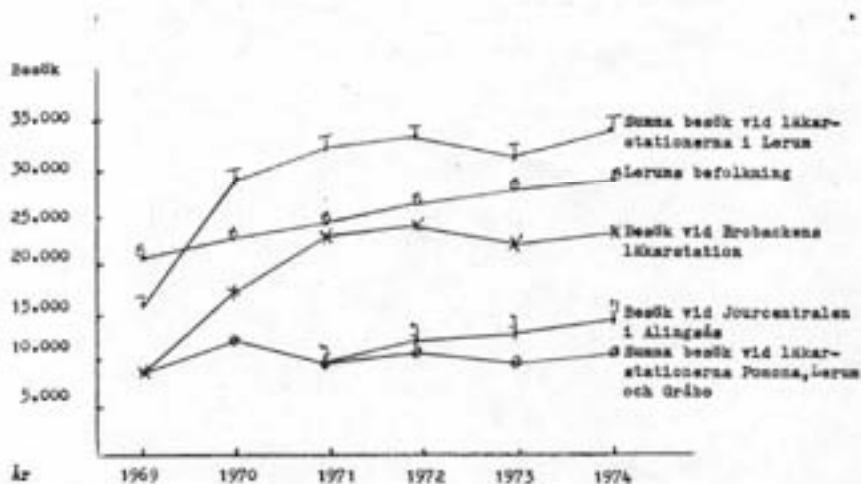
I Tabellbilagorna redogörs för distriktsläkarantal och – besök i förhållande till befolkningsantal för åren 1976 och 1977.

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

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



Så här många har besökt  
Lerums läkarstationer



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

Man diskuterade olika möjligheter att lösa läkarbristsituationen:

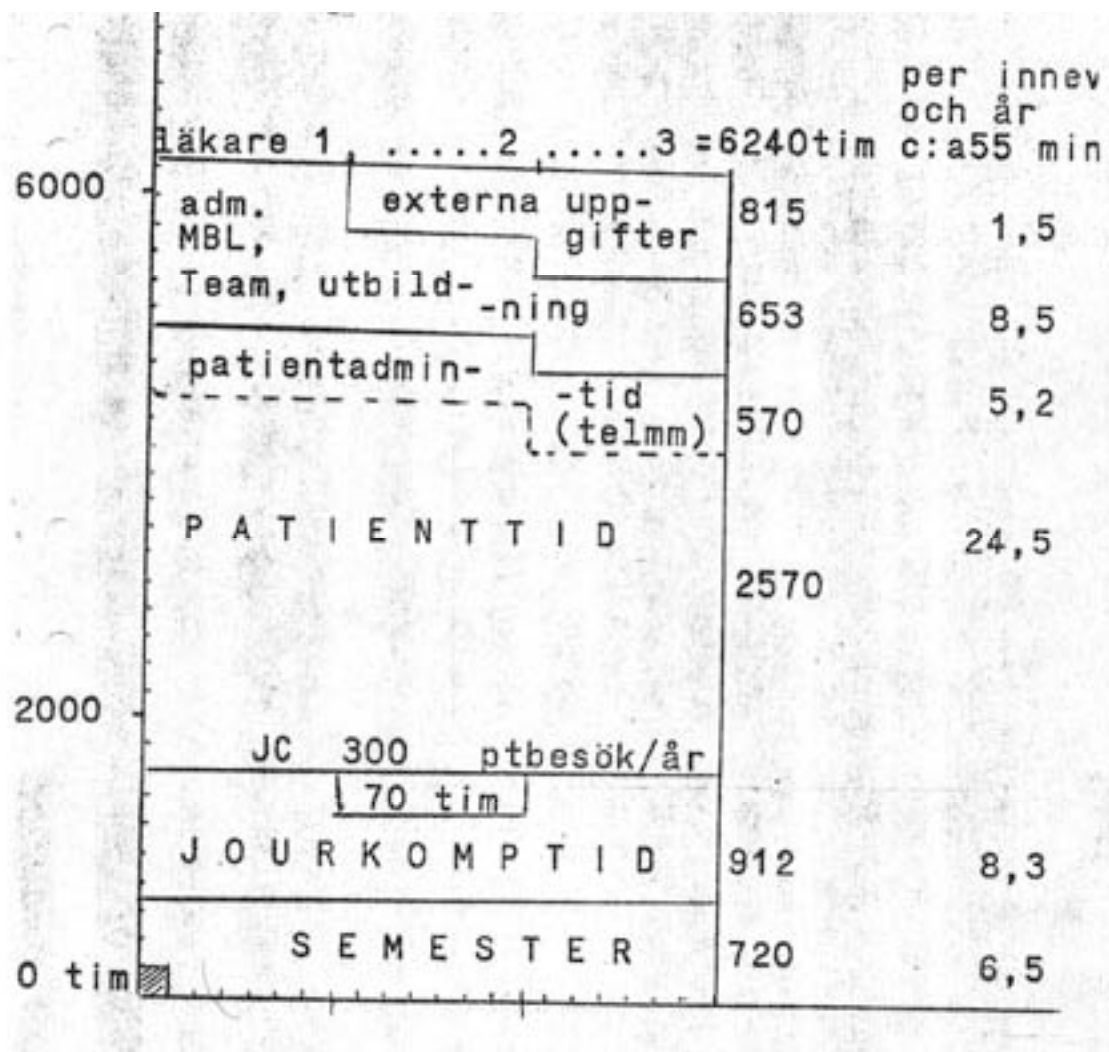
- att övervägande vara akutmakare för att "skydda" sjukhusens akutmottagningar.
- att vara otillgängliga i likhet med sjukhusen. Man tog då inte sitt befolkningsansvar.
- att införa begränsade betjäningsområden, vilket ej var politiskt möjligt.
- att begränsa sina arbetsuppgifter inom allmänläkarrollen.

Hur man löste problemen var upp till de enskilda vårdcentralerna beroende på den lokala situationen. Ofta fick jourcentralerna bli en mottagningsenhet som fick ta emot de patienter som

inte fick tid på vårdcentralerna inom rimlig tid. Att ägna sig åt hälso- och friskvård var endast förbundet de som hade speciellt intresse för den verksamheten. Att vara tvungen att begränsa den allmänläkarroll som undervisades om i utbildningssammanhang gjorde allmänläkarbanan mindre attraktiv och minskade möjligheten att besätta alla vakanser som fortfarande fanns långt in på 1990-talet.

## Ett alternativt mått på resursanvändning

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



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

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

Läkartid mars månad 2005, Lerums VC, 10 läkare

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

Summa	1400 tim	100 %
-------	----------	-------

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

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

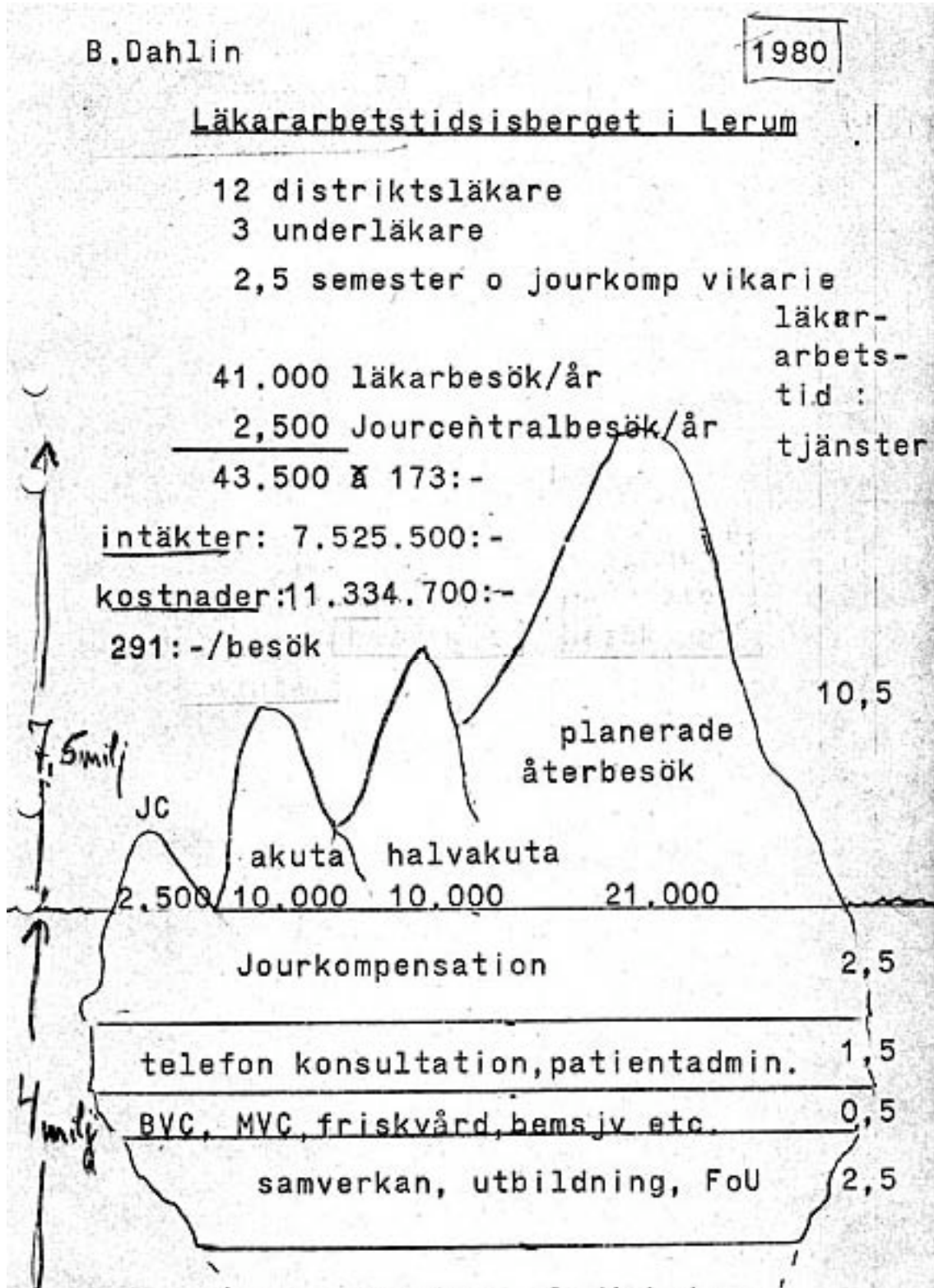
I 2005 års studie var patienttiden 50 % av totala tiden mot 56% 1980. De externa uppgifterna hade minskat till 9% mot tidigare 18 %. Administration och teamarbete hade ökat från 14 % till 38 %. Det verkar av studierna som mycket mer tid läggs på administration numera. Orsaken får diskuteras i nästa del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

### **Ett isberg**

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

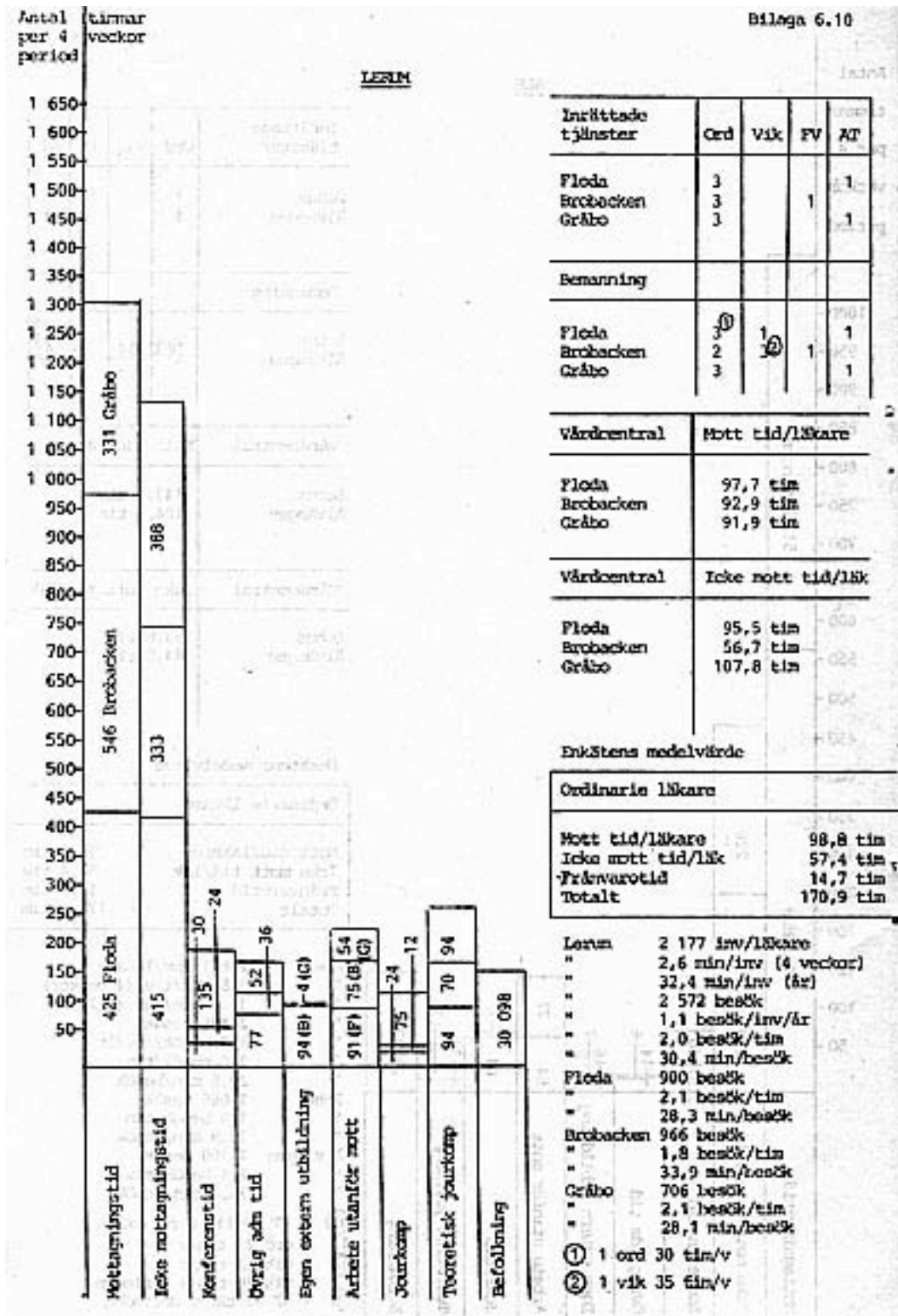


1980 hade Lerums kommun 31.000 invånare. Läkartätheten var 1/2000 och man klarade 1,3 läkarbesök/inv/år.



## Allmämläkarnas arbetsuppgifter – en enkätstudie 1982

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



Kommentarer till studien vad gäller service till allmänheten.

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

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

## Ur en studie – Fem år med Floda vårdcentral

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

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

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

### Resurser

Några nyckeltal som speglade verksamheten:

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

Patientsammansättning i procent av totala antalet patienter under en vecka

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

Läkarnas tidsanvändning:

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

Undersköterskornas tidsanvändning

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

Sjuksköterskornas på distriktsläkarmottagningen tidsanvändning

- Direkt patienttid inkl. telefon 62%,
- Indirekt patientarbete 17,1%
- Administration, service 15,8%
- Möten, fortbildning, handledning 5,0%



#### Distriktsköterskornas tidsanvändning

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

#### Sjuksköterskornas på distriktsläkarmottagningen tidsanvändning

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

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

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

## Landstinget utvärderar primärvården 1993

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

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

#### Befolkning och läkarbesök

Åldersprofil	i Lerum		i Mittenälvsborg	
	Antal	% av totalantalet	Antal	% av totalantalet
0 - 9	5453	16%	6062	14%
10 - 19	4916	14%	5577	13%
20 - 64	20149	59%	24192	55%
65 - 79	2707	8%	6200	14%
80 -	816	2%	2300	5%
Summa	34041	100%	44331	100%
<b>Läkarbesök</b>	38024	Profdoc 44759	50435	Profdoc 35336 Exkl. Herrljunga
Läk.besök/inv	1,12	1,32	1,14	
Antal besök per läkare	3457	2997 - 3950	3254	2650 - 4364
Totalt antal besök enl. Profdoc		Besök per inv.		Besök per inv.
Vårdcentralbesök	41769	1,23	36129	Ej Ängabo 0,81

Sjukhusbesök	17017	0,50		57008	1,29
Utomlänsbesök	11890	0,35		4509	0,10
Totalt	70676	2,08		97646	2,20

### Tjänster i Lerum

### i Mittennälvborg

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

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

### Redovisade kostnader exklusive fastighets- och interna kostnader

#### Lerum

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

#### Alingsås/Vårgårda/Herrljunga

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

## DEN SVENSKA MODELLEN

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

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

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

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

### Stora ambitioner och bristande resurser

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

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

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

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

## **Sjukvården påverkas**

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

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

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

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

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

## **Relationen mellan specialiserad och öppenvård**

Internationellt sett har Sverige haft ett starkt sjukhusorienterat hälso- och sjukvårdssystem. Trots att statsmakterna i en rad programdokument markerat satsningar på öppen vård (Höjerutredningen 1948 och 1968 års principprogram för den öppna vården). Ännu 1976 stod de svenska sjukhusen för över 50 % av alla besök i öppen vård medan Finland samma år lyckades bryta sin dominerande sjukhusorientering. Under perioden 1980 – 1985 ökade dock primärvården sin andel av resurserna från 12,5 procent till 15,5 procent (Spri 1988). Under 1990-talet kunde man notera en kraftig förskjutning från slutenvård till öppen vård. År 1992 fanns drygt 52000 slutenvårdsplatser men 1999 fanns bara drygt hälften av dessa kvar (32.700). De största minskningarna noterades inom långtidssjukvården och psykiatrin. Detta var resultatet av Ädel- och psykiatrireformerna. Medelvårdtiden på sjukhus har också minskat kraftigt. Sedan 1922 har den gått ned från 8,5 dagar till under 7,0 dagar. En stor del av den vård och omsorg som sjukhusen tidigare hade ansvar för har flyttats ut till människornas hem – egenvårdsnivån – eller till kommunernas särskilda boendeformer. På 1980-talet gjorde svensken i snitt 3 besök per år per öppenvårdsläkare (HS 90 SOU 1984:39). Denna omstrukturering av vården har av naturliga skäl inneburit en ökad belastning på primärvården.

### **Sjukvårdskostnadernas förändring över tiden**

I tabellbilagan finns redovisning av hälso- och sjukvårdens andel av BNP under 1970- och 1990-talet.

Från att 1967 ta en andel av 6,6 % av BNP (8 755 milj. kronor) ökade kostnaderna till 9,8 % 1977 (34 400 milj. kronor). Kostnaderna fortsatte att öka ytterligare några år och uppgick i mitten av 1980-talet till 65 miljarder kronor och de hade då med god marginal sprängt den magiska 10-procentgränsen. Ett trendbrott kom under 1990-talet. Kostnaderna sjunker för att under mitten av 1990-talet stabiliseras till nära 1970 års kostnadsnivå. Förklaringen till minskningen av andelen BNP ligger i en svag tillväxt under första hälften av 1990-talet med tre år av negativ BNP-utveckling. Detta resulterade i att staten yvingade landstingen via olika styrmedel att minska kostnaderna. För första gången sedan krigsslutet 1945 sker en reell neddragning av hälso- och sjukvårdens resurser. Verksamhetens volym har dock i stort sett bibehållits. Detta kunde ske bl. a. genom en förskjutning från slutet till öppen vård. Det innebar i sin tur att vården och delar av omsorgen i allt högre grad förskjutits över till allmänheten – d. v. s. till ökad egenvård. (Göran Brodin).



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

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



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

För effektivare primärvård: GP 88-04-22

# Ökad samordning med slutenvården

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

**I** den intensiva värdebekämpningen mot primärvården har Carl Bildt hävdar att man skulle kunna spara miljarder inom den "öppna vården". Kjell-Olof Feldt vädrar också påfallande ofta sin tes att det var fel en sats på primärvård. Som primärvårdsarbetare blir man betryckt. Det är beklämmande att se hur hälsarna biter när kubbarna verkar tom. Risken med alla påhopp är att svikten från vården ökar än mer. Distriktsläkare och distriktsöverläkare står sedan fler år illa i sina yrkesroller. Vi

karar inte alla nya uppgifter som läggs på oss. Vi känner oss utbrända och plågas av stressen.

### Debatt berörs

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

Tror man inte för starkt på privatiseringens möjligheter. Privatiseringsvägen i Norge är redan eller tillräckligt på väg att dämpas. Förväntningarna om stora vinster var orrealistiska.

Vet man egentligen vad primärvården syftar med? "Öppenvården" är inte bara ett antal 11-minuterskonsultationer som i privat regi även de till största del bekostas ur det allmänna kassa. Allmänheten vet bättre som till 50 procent uppskattar våra insatser. Man anser dessutom att det viktigaste är att läkarna tar tid på sig i konsultationen.

### Atta miljarder

I Lerum kostar ett "öppenvårdens" 120 000 besök 266

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

Vi behöver se över vår verksamhet både i öppen och sturen vård. I England med låga sjukvårdskostnader låter man öppenvården besluta om utnyttjande av slutenvårdens resurser. Politikerna i Sverige har inte vågat ta detta steg trots att 60 procent av kostnaderna ligger där. Det skulle bryta den monopolstrukturen slutenvården nu tryggt vilar på. Även produktiviteten i denna vårdsektor kan diskuteras. En jämförande undersökning mellan ett svenskt och ett engelskt sjukhus visar att det engelska var fyra till nio gånger produktivare.

Politikerna har till uppgift att prioritera mellan olika samhällsnyttor. Vårter inte ut på samordningsvinster för rehabiliteringsinsatser där försäkringskassa, arbetsmarknadsmyndigheter m fl ingår. Vi upplever inte allan byråkrati förökande både för resultat och ekonomi.

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

- Låt dem som erbjuder sport- och idrottsaktiviteter strax-ringsvägen bidra till alla fritidsskador som nu finansieras över yrkeskadorna.
- Låt bilismen lika väl som tobaken och alkoholen betala sina sjukvårdskostnader.

Alkoholens samhällskostnader är 75 miljarder och läkemedlerna 14 miljarder. För de största utgiftsposterna svarar produktionsbortfall på grund av dödsfall, fertilitetsproblem, sjukfrånvaro och arbetsosäkerhet. En vetlig alkoholpolitik kan spara fler miljarder än nedrustning av primärvården.

Bengt Dahlin

Bengt Dahlin är distriktsöverläkare vid primärvården i Lerum.

## Älvsborgs hälso- och sjukvård påverkades också

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

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

## Den svenska modellen skakar

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

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

Svagheter i det svenska systemet är:

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

Man avslutar:

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

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

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

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

- Samverkan med andra samhällssektorer.
- Hög produktivitet och effektivitet.

Möjlighet till fortsatt förnyelse och utveckling

## **EPILOG**

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

*Framtiden är dold med barmhärtighetens slöja.*