

Öppen vård i Mittenälvsborg

då, nu och sedan

med fokus på Lerum



Del III

2000-talets närvård

Bengt Dahlin och Jan Kuuse
2006

Projektet

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

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

I denna tredje del avslutar vi historien med nutiden – hur fungerar primärvården år 2000, vilka mål har man för framtiden. Vi frågade oss vad hände från då (provinsiälläkartiden) till sedan (primärvårdstiden) som förändringar i samhället, befolkningens hälsa och möjligheter att få vård samt personalens (speciellt läkarnas) yrkesroll.

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

Du som läsare kan reagera, diskutera och kommentera.

På vår hemsida <http://www..bengtdahlin.se> finns ett Forum, där Du kan ge synpunkter, som sedan alla som besöker hemsidan kan ta del av.

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

Del III.

PROLOG

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

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

Låt oss först i denna tredje del av historien visa på vad man i slutet av 1900-talet och början av 2000-talet förväntade sig av framtiden. Vi refererar bl. a. till Mittenälvsborgs politikers direktiv för *Närvården*. Vi intervjuade också ett par ledande distriktsläkare om nuläget i primärvården år 2006. Vi följer upp olika skeenden från provinsialläkartiden till nutid. Vi avslutar med att lyfta fram de olika framtida öppenvårdsmodeller som diskuterats i början av 2000-talet.

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

SAMMANFATTNING DEL 3

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

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

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

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

Kapitlet *Primärvård i förändring* citerar vi olika nuvarande modeller som diskuteras och också genomförts för primärvårdens organisation. En modell som föreslås av samtliga Saco-förbund tycker vi verkar intressant för södra Älvsborg. Vi refererar också den lokala utvecklingsplanen som politikerna i Mittenälvsborg lagt fram. Vi lyfter också fram en

primärvårdsutredning som gjordes av Bengt Dahlin 1997 och som i många stycken fortfarande är relevant för primärvårdens utveckling.

Avslutningsvis begrundar vi *Närsjukvården* som begrepp. Anders Anell, chef för Institutet för hälsoekonomi, IHE, i Lund och ledamot av SBU:s råd (Statens beredning för medicinsk utvärdering), har på ett briljant sätt beskrivit och analyserat primärvårdens framtida utveckling med olika modeller. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker, vilket vi också gör. Avslutningsvis kommenterar vi en primärvårdsmodell för Mittenälvsborg där vi pekar på att primärvårdens mål med tillgänglighet och kontinuitet knappast har kommit närmare sin uppfyllelse sedan början av 1970-talet. Man får hoppas att inriktningen kommer att vara mot att nå målen i en förändrad organisation. I dessa fall rör det sig inte så mycket om resurser utan mer om attityder hos personalen och om hur man organiserar sin verksamhet. Det bör bli en viktig ledningsfråga att jobba med. Först om målen tillgänglighet och kontinuitet kan nås kommer befolkningen att söka sig till primärvårdens närsjukvård och allmänmedicinen. Annars nedprioriteras den bort till förmån för andra specialiteter inom närvården. På längre sikt en katastrof för allmänmedicinen.

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

Med en avslutande fundering: Det verkar som om varje generation måste göra sina egna misstag! Men man hejdar sig till slut och finner nya utmaningar och spännande lösningar på problemen som dock sällan är nya.

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

EKONOMI OCH KULTUR I FÖRÄNDRING

Ekonomisk utveckling

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

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

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

Gentemot denna positiva beskrivning av världsekonomiska fundamenta kan man även visa på några möjliga hotbilder. Det finns problem med kvardröjande obalans och budgetunderskott i flera ekonomiskt betydande länder. Terrorhandlingar, som tidigare främst var lokala och regionala fenomen, tycks idag fått en världsomspännande omfattning. Terrorismens syfte är nu bl. a. att åstadkomma allvarliga störningar i makroekonomin.

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

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

Blandekonomi

Den form av blandekonomi som tillämpats i Sverige har ibland beskrivits som ”den gyllene medelvägen”. Genom att försiktigt kryssa sig fram har landet försökt balansera mellan marknad och stat, mellan kapitalism och socialism. När det gäller förhållandet till globaliseringen pläderar Sverige klart för frihandel i princip. Samtidigt byggs protektionistiska inslag in för att mildra stötarna vid omstruktureringar. Kursen kan här framstå som oklar och svajig. I en ledare från Aftonbladet (s) den 17 april 2006 tvivlar skribenten på den socialdemokratiska regeringens program inför 2000-talet och ställer frågan:

Hur skall vi klara oss i den globala konkurrensen där de nya tigerekonomierna och ekonomiska stormakterna producerar flera miljoner högutbildade varje år? Hur skall vi klara omsorgen om de gamla?

Makroekonomin

En första globaliseringsvåg

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

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

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

Pågående globalisering

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

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

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

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

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

För Sveriges del har det tidiga 2000-talet inneburit förbättrad tillväxt. Under 2001 ökade BNP således med endast en procent, medan ökningstakten 2004-05 uppgick till något mer än tre

procent. Som effekt av den ekonomiska tillväxten ökade paradoxalt nog inte sysselsättningen. Den totala arbetslösheten steg tvärtom från 7 procent 2001 till 9 procent 2005. Fenomenet har fått beteckningen ”jobless growth”. Tillväxten i ekonomin har snarast varit ett resultat av att arbetslivet effektiviserats och rationaliserats utan mycket nyanställningar. Det ökade trycket från utländsk konkurrens har under det senaste årtiondet för Sveriges del inneburit en kraftig produktivitetsförbättring genom att varje arbetstimme kunnat utnyttjas mera effektivt. Samtidigt har Sverige däremot varit sämre än andra länder i västvärlden när det gäller att nettomässigt skapa nya arbeten, särskilt inom tjänstesektorn.

Skattesystemet och hälso- och sjukvården

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

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

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

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

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

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

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

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

på att följa finansieringsprincipen att tillhandahålla pengar när nya arbetsuppgifter lagts ut på kommuner och landsting.

Läkaren mellan vetenskap och samhälle

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

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

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

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

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

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

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

Sjukvårdens industrialisering

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

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

Finansieringen av den öppna vården

Fram till 1963 var den öppna vården utanför sjukhusen till stor del finansierad av staten. Det fanns en privat sektor som finansierades av försäkringskassor och enskildas arvoden. Men även

kommuner, städer och landsting bidrog till finansieringen framför allt av sjuksköterskor och barnmorskor. Sjukhusläkarna fick ha öppna mottagningar på sjukhusen där landstinget stod för kringresurserna men patienterna för arvodet. Provinsialläkaren fick fram till 1963, då landstingen tog över huvudmannaskapet, en fast årlig lön från staten/Medicinalstyrelsen för sina skyldigheter i distriktet och för att hålla en av staten fastställd taxa för sina tjänster till patienterna. Patientavgifterna skulle också finansiera omkostnaderna för mottagningen. För att rekrytera provinsialläkare subventionerade kommunerna dock ofta mottagningslokaler och läkarbostad. Provinsialläkarföreningen som yrkesförening i Läkarförbundet förhandlade med staten om taxorna. På föreningens årsmöten var taxorna en stående och brännande fråga, då man ofta ansåg sig för dåligt ersatta för det dygnet om slit och bundenheten som provinsialläkartjänsten innebar. 1960 var den fasta årslönen 17 000 kronor, den rörliga delen patientarvodena, fyra kronor per konsultation, varierade stort beroende på läkardistriktets storlek och belägenhet i riket.

Sjukhusläkarna ökade starkt i antal och hade betydligt bättre resurser än provinsialläkarna. Patienterna drogs allt mer till sjukhusen vilket bidrog till sämre förhållanden för provinsialläkarna. Staten blev samtidigt allt mer ointresserad av sitt huvudmannaskap. Vakanserna ökade. Mot denna bakgrund fick lanstingen ta över huvudmannaskapet med mål bl. a. att öka kvaliteten i provinsialläkarorganisationen och jämställa läkarkollektivens förutsättningar att betjäna allmänheten helst så att strömmen vändes åter mot den öppna vården utanför sjukhusen. För den enskilde patienten var ersättningssystemet tämligen besvärligt. Man betalade till läkaren med olika taxor för olika läkare och var sedan tvungen att gå till sin försäkringskassa för att få en viss återbäring av kostnaden.

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

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

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

Välfärd och förankringar

De senaste hundra åren i Sverige kännetecknas av ökad differentiering och specialisering i arbetslivet, högre utbildning, omfattande strukturomvandlingar och ekonomisk tillväxt. Detta har i sin tur medfört att den materiella välfärden ökat kraftigt. I Sverige har förändringen från ett fattigt jordbruksland med torpare och bönder – där man arbetade i närheten av hemmet – till ett modernt tjänste- och kunskapssamhälle gått mycket snabbt. Omvandlingen har skett under bara ett par generationer och förmodligen snabbare här än i de flesta andra länder.

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

Den västtyske sociologen Ralf Dahrendorf har ställt frågor om välfärd på ett delvis nytt sätt. Han driver tesen att en människas värderingar och sociala förankring i sin omvärld varit lika viktiga för hennes välfärd som de ekonomiska valmöjligheterna. Enligt honom har

människornas förankringar som viktig beståndsdel och grund för välfärden hittills uppmärksammats alldeles för lite inom såväl forskning som den politiska vardagen. Dahrendorfs synsätt har dock inspirerat några svenska samhällsforskare till boken ”*Livschanser och välfärd – förankringar och valmöjligheter som välfärdens grund*”. (utkom 1987).

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

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

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

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

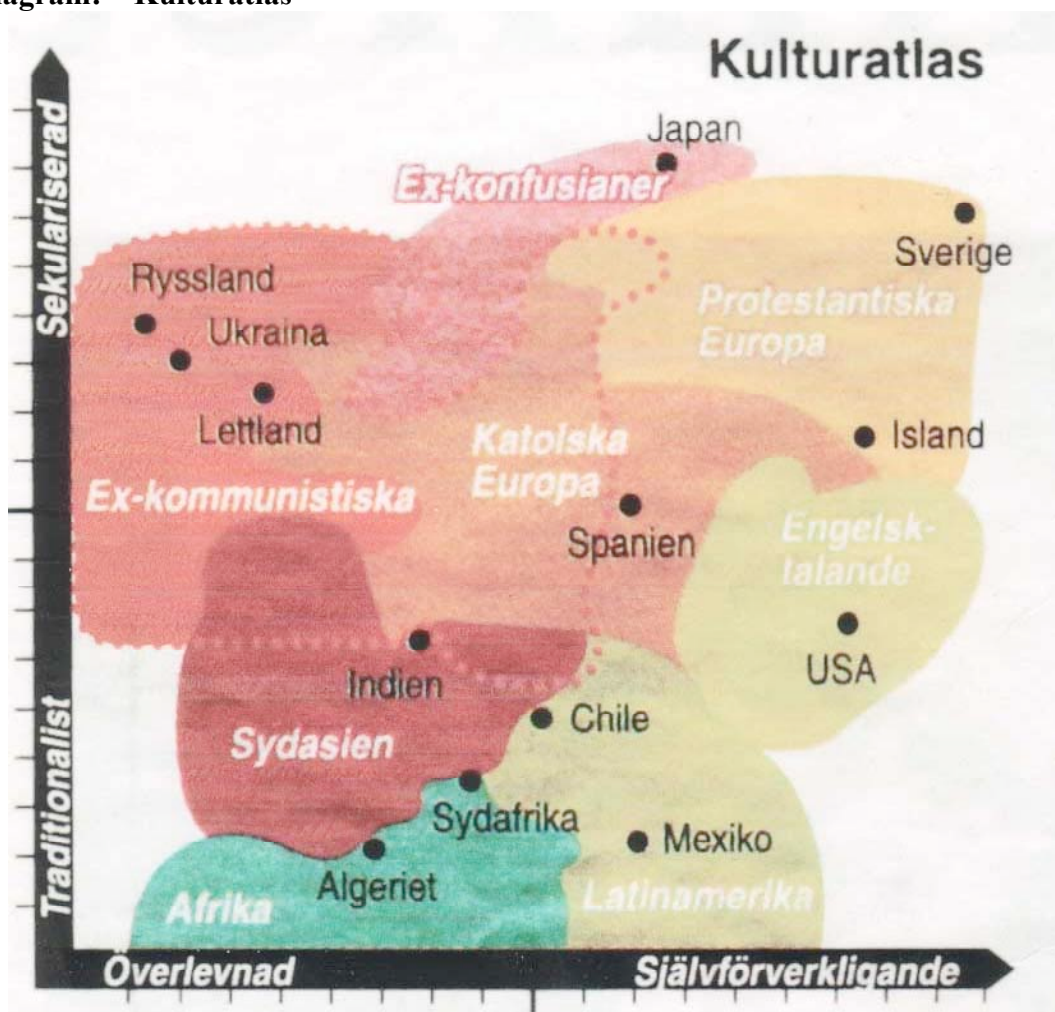
Den norske författaren och läraren i självård, Per Arne Dahl, berör delvis samma problematik i sin bok ”*Varför har vi det inte bättre, när vi har det så bra*”. Han utgår visserligen från norska förhållanden, men de kan i lika hög grad appliceras på Sverige. Dahl konstaterar att trots att vi lever i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

Hos Dahendorf och Dahl betonas behovet av förankringar, för att begrepp som välfärd och levnadsnivå skall bli mera allsidiga och fyllda med mening. Genom att gamla förankringar på bara några generationer upplöstes eller försvunnit och inte alls i tillräcklig grad ersatts av nya, tycks många människor i dagens moderna samhälle uppleva en slags tomhet och vilshenhet. För att fylla detta tomrum skulle det behövas motvikt. En sådan motvikt skulle ett ankarfäste kunna vara. Bilden av ett ankarfäste kan tjäna till att illustrera människan i en liten båt till havs. Utan ankarfäste flyter hon hit och dit med vind och strömmar. Med ankarfäste måste hon visserligen i viss mån följa vind och vågor, men förankringen ser till att hon inte far iväg hur som helst. I dagens samhälle med snabba omvandlingar är det förvisso av stor vikt att kunna anpassa sig, men då är det också viktigt att kunna ha någon fast punkt i tillvaron.

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

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

Diagram: Kulturatlas



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

Diagrammet avser också att genom sin kulturatlas ge en internationell översiktsbild av sambanden mellan ekonomisk utveckling och värderingar. I fattiga jordbruksländer i Afrika och Asien spelar familj, religion och andra traditionella värderingar fortfarande en viktig roll. Länder som lämnat detta stadium – främst den rika västvärldens tjänste- och kunskapssamhällen – fokuserar idag i högre grad på frågor kring självförverkligande och livskvalitet. Men även inom västvärlden finns det klara nyansskillnader. Exempelvis visar diagrammet att den protestantiska och nordvästra delen av Europa framstår som mer sekulariserad och inriktad på självförverkligande än vad Sydeuropa gör. I USA tycks man i det närmaste lika mycket inriktad på självförverkligande som i Sverige. Det stora landet i väster, där religionen intar en mer framträdande roll, verkar däremot inte alls lika sekulariserat som Sverige.

Den dagsaktuella inställningen i några konkreta frågor kan också spegla skillnaderna i värderingar hos befolkningen i de olika länder som är markerade i diagrammet. När det gäller synen på invandrare och homosexuella visar Sverige den klart högsta toleransen, och länder som Algeriet och Indien den lägsta. I andra frågor, som synen på barnuppfostran och skilsmässa samt beträffande gudstjänstdeltagande, intar Sverige också något av en särställning. Påståendet att barn automatiskt skall lyda och respektera föräldrarna vill endast en ytterst liten minoritet av svenskarna skriva under på. En stor del av befolkningen i Mexiko, Algeriet och Indien bejaktar

däremot påståendet. I Indien, Mexiko och Sydafrika är det många som ogillar skilsmässa, men i Sverige är det bara få. I Sverige och Ryssland är det ytterst få som besöker gudstjänsten varje vecka, medan cirka hälften av människorna i Mexiko, Sydafrika, Algeriet och USA gör det.

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

Befolkningsutveckling

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

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

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

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

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

I demografiskt hänseende avviker Lerum i viss mån från landet i dess helhet. Som ett förortssamhälle med stor andel barnfamiljer och unga människor har andelen pensionärer av tradition varit lägre i Lerum än i Sverige. Men även i Lerum märks en klar tendens till en åldrande befolkning. År 1997 var andelen pensionärer 12 procent, men 2005 hade den stigit till 14 procent. I totala siffror hade antalet pensionärer under dessa nio år ökat med mer än tusen.

Lerums hela folkmängd uppgick år 1997 till cirka 34 800 för att år 2005 omfatta cirka 36 500, dvs en ökning med 1 700 personer – se tabellbilagan. Det innebär en måttlig ökning på cirka fem procent mellan dessa år. Om man i stället fokuserar på utvecklingen för de äldsta delarna av befolkningen, finner man en klart större ökningstakt. Personer 75 år och däröver ökade nämligen samtidigt med 24 procent, och de som var 85 år och äldre med hela 36 procent. Uttryckt som andel av totalbefolkningen kan dessa åldersgrupper kanske inte verka så kvantitativt framträdande. Åldringarna 75 år och däröver ökade sin andel från fem till sex procent, medan andelen för dem som är 85 år och äldre steg från 1,2 till 1,6 procent. Räknar

man i absoluta tal blir dock bilden och problematiken uppenbar. Antalet personer 75 år och äldre blev under ovannämnda nioårsperiod 420 fler, medan de som var 85 år och äldre ökade med 160. År 2005 fanns det alltså 2 180 personer som var 75 år och äldre och 590 personer som var 85 år och däröver. Det är här fråga om människor med generellt stort omsorgsbehov.

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

Befolkningsutveckling i Mittenälvsborg

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

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

Behov av hälso- och sjukvård (HSN-Mittenälvsborg)

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

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

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

Beräknat nyinsjuknande (incidens) i olika sjukdomar i Mittenälvsborg

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

Hur man mår 2003-2005

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

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

Mer befolkningsstatistik se tabellbilagan.

Om sambandet mellan social position, hälsa och livslängd

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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