

Primärhälsovård – tre berättelser om jämlik hälso- och sjukvård

I denna ledarartikel speglas tre berättelser om primärhälsovården. Den första är WHO och UNICEFs internationella vision om åtaganden för primärhälsovård för regeringar som den kom till uttryck för 40 år sedan, 1978 i Alma-Ata deklARATIONEN och nu i oktober 2018, efter 40 år, förnyades med ASTANI-deklARATIONEN^{1,2}. Den andra, nationella berättelsen, är en kommentar till Anna Nergårdhs avlämnade SOU rapport i juni (SOU 2018:39 om *God och nära vård. En primärvårdsreform*)³ och den tredje är den analytiska berättelsen som Göran Dahlgren presenterar i sin nya bok *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*⁴. Den recenserar i detta nummer⁵ och har debatterats i *Dagens Nyheter*⁶. Dahlgren presenterar en analys som beskriver varför primärhälsovården ser ut som den gör i dagens Sverige.

1. Deklarationerna från Alma-Ata, 1978 och Astana, 2018.

År 1977 föreslog WHO:s världshälsöförsamling en avgörande förändring i organisationen mot att uttalat söka jämlikhet i hälsa för hela folket. Detta manifesterades i den 1981 publicerade strategin *Hälsa för alla* år 2000. Alma-Ata konferensen i Kazakstans stora betydelse var att den gjorde medlemsländerna uppmärksamma på ojämlikheterna i hälsa både inom och mellan länder. Alma-Ata deklARATIONEN (1978) innebar en mera konkret innebörd i Hälsa för alla genom att fastslå de ba-

sala förutsättningarna för hälsa och fastställa innebörden i begreppet primär hälsovård. Slutdokumentet innehöll flera konkreta förslag till åtgärder som blev en katalysator och satte igång en process över hela världen i arbetet mot de sociala och politiska mål som fastlagts i Hälsa för Alla resolutionen. Detta blev inledningen till en ny epok som initialt beskrevs som *A New Public Health*. Den karakteriserades av ett nytt tänkande kring hälsa med inriktning på planering där samhället har ett ansvar för att utveckla och fastställa hälsans betydelse för samhällsutvecklingen. Samtidigt innebar det också ett erkännande och en förståelse för att hälsa ska förstås utifrån ett välbefinnande och inte av sjukdom. Samtidigt har samhället en roll att medverka i och att engagera sig för befolkningens hälsa. Den ”nya folkhälsan” var ett nytt synsätt som utgick ifrån att där människorna finns, finns deras engagemang och medverkan.

Man framhäver att *Primärhälsovården skall vara basen för sjukvården inklusive förebyggande insatser genom att nå alla, vara effektiv, och fungera till en rimlig kostnad; inkluderar hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser; individer och samhälle skall delta i hälsoaktiviteter, vilket förbättrar självförtroendet och minskar beroende; aktiviteterna skall inte ses som ett mål utan skall vara en integrerad del i den lokala och nationella utvecklingen; engagera befolkningen i sin helhet och*

utifrån vardagslivet, istället för att fokusera på människor i risk för en specifik sjukdom.

Det viktiga med dessa deklARATIONER är att de togs på regeringsnivå av närvarande länder och löften avgavs om att arbeta mot att målen skulle förverkligas. Vid firandet av Alma-Ata-deklarationen, oktober 2018, underströks värden och principer för primärhälsovården med betoning på rättvisa och solidarisk tillgång för alla av primärhälsovårdens tjänster².

2. God och nära vård – En primärvårdsreform

Svensk Primärvård har diskuterats i både i *Dagens Nyheter* och i *Läkartidningen* under de senaste åren. Diskussionen har fokuserat till frågor om behov av ökade resurser, antal läkare och då främst allmänläkare i primärvården, rätten till fast läkare genom listning och ett listtak oftast satt till mindre än 1500 personer per läkare.^{7,8,9}

I *Läkartidningen* försöker man beskriva de problem som föreligger i svensk primärvård genom ett reportage från Jämtland med rubriken ”Vi i Jämtland får väl personifiera sjukvårdskrisen”¹⁰. Sedan i september 2018 kräver 727 läkare i primärvården i ett gemensamt upprop, en nationell plan för rekrytering av läkare och disktriktssjuksköterskor till primärvården; att 10-20 procent av arbetstiden läggs på efterutbildning eller forskning; ett tak på 1500 listade personer per specialist i allmänmedicin; en omfattande ekonomisk satsning på primärvården.¹¹ Ordförande i Läkar-

förbundet, med stöd av fyra tidigare sjukvårdsministrar, stryker under kraven på rätten att lista sig hos en läkare och ett listtak finns, några veckor senare i *DN*¹². Socialminister Annika Strandhäll replikerar att S vill satsa 3 miljarder på den nära vården¹³.

Utredningen *God och nära vård, En primärvårdsreform* är en delrapport där man diskuterar hälso- och sjukvårdssystemets omstrukturering och är den senaste i en rad utredningsrapporter om hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige. En slutrapport kommer att publiceras under 2019. Delrapporten *God och nära vård* bygger på slutsatserna av en tidigare rapport från 2016 (*Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården SOU 2016:2*¹⁴). En viktig övergripande slutsats sägs det i utredningen, är att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag.

I Sverige har en kraftig demografisk förändring ägt rum med allt fler äldre. Dessa finns till stor del i svensk glesbygd. Vid internationella jämförelser har svensk sjukhusvård ofta goda resultat för sjukhusvård men sämre när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet som kan utvecklas i primärvården. För att möta den nya demografiska strukturen behövs en primärvårdsreform för att möta behoven av vård och omsorg som den ser ut idag. Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkning-

en. I rapporten om primärvårdsreformen behandlas de problemområden som debatterats, men man framför också behovet av förebyggande arbete i samspel med civilsamhället.

Utgångspunkten i rapporten är ”En internationell rörelse mot allmän hälso- och sjukvård, med en integrerad, personcentrerad ansats och primärvården som bas”. Det beskrivs som:

”En central strategi för att uppnå Agenda 2030:s mål om hälsa och välbefinnande och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO definierar detta som att alla människor har tillgång till de hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande hälso-tjänster de behöver och att dessa tjänster är av en tillräcklig kvalitet för att vara effektiva. Detta ska dessutom göras på ett sätt så att människor inte lider ekonomisk skada om/när de betalar för tjänsterna. WHO fastslår att om det målet ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Med utgångspunkt i detta förespråkar WHO en integrerad och personcentrerad ansats när vi utvecklar våra hälso-tjänster och system. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför.”^{3 sid 14}

Det här ramverket för primärvårdsvandlingen är en vidareutveckling

av Alma Ata-deklarationen om Primärvård från 1978. År 2012 antogs i WHO:s Europaregion och de 53 medlemsländerna ett nytt värde- och evidensbaserat policyramverk med en samling rekommendationer för hälsa – Hälsa2020. Hälsa2020 framhåller att verkliga hälsoförbättringar kan uppnås om beslutsfattare på alla nivåer inom den offentliga förvaltningen verkar för att uppfylla två strategiska mål som är kopplade till varandra:

- Att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa.
- Att förbättra ledarskap och delaktighet i styrning av hälsa.

Ramverket identifierar också fyra prioriterade områden för åtgärder:

- Att investera i hälsa ur ett livscykel-perspektiv och ge människor inflytande över sina liv.
- Att ta itu med regionens största hälsoutmaningar i fråga om icke smittsamma och smittsamma sjukdomar.
- Att stärka människocentrerade hälso- och sjukvårdssystem, folkhälsokapitet och beredskap, övervakning och svarsåtgärder vid nödsituationer.
- Att skapa motståndskraftiga samhällen och stödjande miljöer (för hälsa).

3. Berättelsen om den ojämlika vården

Sedan år 2002 är målet i Sverige för hälso- och sjukvård och folkhälsoarbete beskrivet enligt följande:

”För att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen lämnar regeringen i denna proposition förslag till ett över-

gripande nationellt folkhälsomål som involverar ett stort antal politikområden i folkhälsoarbetet. Det övergripande målet föreslås vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa”¹⁵.

I hälso- och sjukvårdslagen skriver man 1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Och i 2 § Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

I den berättelse som Göran Dahlgren ger i boken *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ* framträder en annan bild av svensk sjukvård³. Han hävdar att ett dubbelt systemskifte, stick i stäv med hälso- och sjukvårdslagen ägt rum, från en behovsstyrning till en marknadsstyrning dvs. vinststyrning av hälso- och sjukvård⁴. Detta skifte består dels av privatisering genom så kallade vårdvalssystem, dels av alltmer marknadsorienterade styrsystem även inom den offentligt drivna vården.

Det här har skett genom att överge de etiska principer som hittills gällt med människovärdesprincipen dvs. att alla människor har lika värde och lika rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i sam-

hället, som överordnad princip (enligt lagen). Som en följd av detta gällde tidigare Behovs- och solidaritetsprincipen för styrningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Men idag är det Kostnads- och effektivitetsprincipen som gäller. I en aktuell studie visas att den etiska kompassen inte uppfattas som en fråga för maktavarna och konsekvenserna blir en vårdpolitik i strid med etiska principer¹⁶. Den här förändringen kallar Dahlgren den ideologiska synvändan.

”Det överordnade målet för privata vårdföretag är optimal vinst. Det är fastställt i aktiebolagslagen. Detta gäller oberoende av om vården är finansierad med skattemedel eller privat. Samma, eller än skarpare krav, på vinst gäller för de vårdföretag som inte är börsnoterade och som ägs av olika riskkapitalbolag. Den helt avgörande idén med privat vinstdriven vård är i ett ägarperspektiv att den ska ge god återbärning – vinst – på insatt kapital. Utan vinst – eller med för låg vinst – ingen verksamhet. Vinsten är enkelt uttryckt det övergripande och därmed avgörande målet för verksamheten. Vården blir därmed vinststyrd.”

”Kravet på vinst innebär en avgörande förändring också i synen på vården. I en offentligt driven vård är de tillgängliga finansiella resurserna ett medel för att uppnå målet om en god och jämlik vård för hela befolkningen. På den kommersiella vårdmarknaden blir tvärtom vården ett medel för att uppnå målet om optimal vinst till ägarerna.”⁴ (sid 84)

Skiftet från behovsstyrning av häl-

³ Boken finns fritt tillgänglig på nätet. Se: <http://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/nar-sjukvarden-blev-en-marknad.pdf>

so- och sjukvård går således inte bara emot lagen utan också emot majoriteten av svenska folket som anser att vården skall drivas utan vinstintresse.

Den andra synvändan kallar han för den juridiska synvändan som fått till konsekvens bl.a. att landstingen inte längre kan styra den verksamhet de finansierar. Dessa förändringar har medfört en debatt i *Dagens Nyheter* och *Dagens Arena* med inlägg som ”Stoppa marknadens styrning av svensk sjukvård”, ”Avveckla primärvårdens vårdvalssystem och inför etableringskontroll” och ”Vårdvalen i Stockholm en ohållbar modell för jämlik vård”^{17,18,19}.

Dahlgren avslutar i del 3 av boken med att diskutera förslag till att igen följa vår hälso- och sjukvårdslag och ge vård efter behov med tio strategiska förslag. Avdelning 3 har karaktären av en handbok med först en motivering för varje strategiskt förslag och sedan förslag till praktiskt genomförande. Han gör först en avgränsning och säger:

”Vid utformningen av en långsiktig verklighetsförankrad strategi för den svenska sjukvården är det två policyområden som måste få hög prioritet om vården ska bli bättre och jämlikare. Det ena huvudområdet handlar om vårdens kompetensförsörjning, om vårdpersonalens arbetsvillkor, löner och arbetsmiljö. Det andra huvudområdet handlar om vårdens driftsformer, styrning och finansiering. Båda dessa områden måste samtidigt ges högsta prioritet. De fungerar endast som en positiv förändringskraft tillsammans^b. Brist på kompetent personal be-

*gränsar eller omöjliggör en god vård även när vårdens styrsystem är utmärkta och behovsbaserade. Ökade personella och finansiella resurser till vinststyrda vårdssystem bidrar inte heller till en bättre och jämlikare vård. Tvärtom leder de bort från en god behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen.”*⁴ (sid 276).

De tio strategiska vårdpolitiska förslag som presenteras i del 3 av boken bidrar till en bättre och jämlikare vård genom att:

1. Avveckla vinstintressen och utveckla en behovsstyrd vård (*Förslag 1, 2, 3, 4, 5, 6*).
2. Främja en fortsatt ökad offentlig finansiering av vården och bryta sambandet mellan privat drift och privat finansiering (*Förslag 7 och 8*).
3. Utveckla en lokalt anpassad primärvård i underförsörjda landsbygds/glesbygds-områden och urbana låginkomstområden (*Förslag 9*).
4. Stärka den demokratiska förankringen och styrningen av vården (*Förslag 10*).

De tre berättelserna lyfter fram betydelsen av primärvården som bas för en jämlik hälso- och sjukvård. Det internationella perspektivet i den första berättelsen utgör de förpliktelser som regeringen åtog sig för 40 år sedan och som nu i oktober förnyades. Den andra berättelsen speglar de försök som gjorts att skapa en jämlik hälso- och sjukvård. Den tredje berättelsen med det analytiska perspektivet

^b Jfr Stockholms läns landsting som nu satsar 1,4 miljarder på mer personal och byggnader. Lovvärt, men om inte även policy för styrsystemet ses över är risken stor att det blir luftslott. (DN debatt: Primärvården byggs ut och får 1,4 miljarder mer på fyra år. DN 2018-11-18)

ledare

visar att de vårdpolitiska policydiskussionerna huvudsakligen har fokuserat frågor som medfört att vi idag är långt från hälso- och sjukvårdslagens intentioner om en jämlik hälso- och sjukvård för alla. Men att det finns möjligheter till förändring om vårdens båda huvudpolicyområden fokuseras samtidigt d.v.s. med att skapa bättre förhållanden för personal och samtidigt se över vårdens driftsformer, styrning och finansiering.

Bo J A Haglund
Professor och redaktör

Referenser

1. Alma-ata deklARATIONEN http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
2. Declaration on Primary Health Care. Astana, 2018 <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
3. God och nära vård. En primärvårdsreform https://www.regeringen.se/49c941/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-vard--en-primarvardsreform_sou-2018_39.pdf
4. Dahlgren G. När sjukvården blev marknad. Effekter och alternativ. Premissförlag, 2018. <http://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/nar-sjukvarden-blev-en-marknad.pdf>
5. Burström B. När sjukvården blev en marknad. Recension av Göran Dahlgrens bok. Socialmedicinsk tidskrift 2018; 95 (Häfte 4): s. 460-461.
6. Järhult B. Stoppa marknadens styrning av svensk sjukvård. DN åsikt 31 oktober, 2018 <https://www.dn.se/asikt/stoppa-marknadens-styrning-av-svensk-sjukvard/>
7. Jonsson AW. Jag är rädd att vi bygger luftslopp. Läkartidningen 2017-07-03
8. Sjönell G, Stolt M. Svensk primärvård kan snabbt bli fullbemannad. Dagens Nyheter 2017-08-11
9. Andersson O., Sjören J., Åsberg H. Nätläkarbo-lagen dränerar en underfinansierad primärvård. Dagens Nyheter 2017-03-03
10. Schilstedt S. ”Vi i Jämtland får väl personifiera sjukvårdskriens”. Läkartidningen 2018-09-25.
11. Upprop av 727 läkare i primärvården. Satsa på primärvården annars riskerar den att kollapsa. Dagens Nyheter 2018-09-28
12. Stenmyren H o.a. Primärvården kan inte vänta – dags för en nationell reform. Dagens Nyheter 2018-10-20.
13. Strandhäll A. S vill satsa 3 miljarder på den nära vården. Dagens Nyheter 2018-10-20.
14. Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården ID-nummer: SOU 2016:2 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/01/sou-20162/>
15. Mål för folkhälsan ID-nummer: Prop. 2002/03:35 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2002/12/prop-20020335/>
16. Falkenström E, Höglund A T. Etisk kompetens i ledning och styrning av vården Slutrapport AFA Försäkring 2017 Diarienummer: 130087. Se <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/08/Ny-studie-Etiken-har-svag-stallning-i-ledning-och-styrning-av-varden/>
17. Järhult B. Stoppa marknadens styrning av svensk sjukvård. Dagens Nyheter Debatt. 2018-10-31. <https://www.dn.se/asikt/stoppa-marknadens-styrning-av-svensk-sjukvard/>
18. Halldin J. Avveckla primärvårdens värddalssystem och inför etableringskontroll. Dagens Nyheter 2018-10-23 <https://www.dn.se/debatt/repliker/avveckla-primarvardsens-varddalssystem-och-infor-etableringskontroll/>
19. Klareskog L. Värddalen i Stockholm en ohållbar modell för jämlik vård. http://www.dagensarena.se/opinion/varddalen-stockholm-en-ohallbar-modell-jamlik-vard/?fbclid=IwAR1EKnrZa91gbFy49ZTv_m63dGt6sFiUG9kL-2jUs4KfBvwZxjxW3r7M5kQ