

Primärvårdens utveckling

Ingvar Krakau

I denna översiktsartikel ges en exposé över primärvårdens brokiga utveckling från provinsialläkarväsendets uppgång och fall till husläkarsystemets uppgång före fall. I artikeln diskuteras såväl organisatoriska aspekter som kompetensutveckling och verksamhetens innehåll. Den utgör en bearbetad version av en redovisning för SBU om utvecklingen inom olika medicinska specialiteter.

Författaren Ingvar Krakau är högskolelektor i allmänmedicin vid Karolinska Institutet.

Inledning

Primärvårdens utveckling under senare år har karaktäriserats av ett antal genomgripande systemförändringar som i hög grad har påverkat verksamhetens villkor. Mot behovet av generalister som bas i en allt mer fragmenterad sjukvård har ställts den inneboende kraften i en fortskridande subspecialisering i följe med den snabba medicinska utvecklingen. I denna artikel görs ett försök att skildra primärvårdens utveckling och omvandling i detta fält av motstridiga krafter. Här tas upp dels den organisatoriska utvecklingen, dels utvecklingen av innehåll och medicinsk kompetens.

Provinsialläkarsystemets avveckling

Primärvården har sina rötter i det gamla provinsialläkarsystemet. I början av 1900-talet var provinsialläkarnas antal omkring 500 (en per 10 400 invånare). Antalet tjänster utökades successivt, och mot slutet av 1940-talet fanns drygt 800 provinsialläkare (en per 8 800 invånare). Provinsialläkarväsendets relativt starka ställning var dock framför allt en landsbygdsföreteelse. Den stadsdistriktsläkarverksamhet som under hand byggdes upp i städerna förde en mer undanskymd tillvaro i skuggan av sjukhus och privatpraktiker.

Den allmänna utvecklingen inom sjukvården från 1940-talet och framåt gick mot ökad specialisering

och den slutna vården byggdes ut i betydligt raskare takt än den öppna. Inom den centrala sjukvårdsplaneringen gjordes i slutet av 1940-talet vissa försök att bryta denna trend.

I utredningen "Om den öppna vården i riket" 1948 (den Höijerska utredningen) föreslogs en förändrad sjukvårdspolitisk målsättning med ökad satsning på sjukdomsförebyggande åtgärder och en kraftig utbyggnad av den öppna vården (1). Man föreslog att det skulle inrättas särskilda hälsocentraler, både vid sjukhusen och ute i bostadsområdena. Flertalet hälsocentraler skulle vara utformade som stora specialistläkarmottagningar anslutna till sjukhusen, men det skulle också finnas fristående enheter som sköttes av allmänläkare. Man räknade med ett behov av en allmänläkare per 3 000 invånare på landsbygden och en per 4 000 i städerna. Tyngdpunkten i förslaget låg dock på en specialiserad öppenvård.

Dessa förslag möttes dock av starkt motstånd och kunde inte realiseras. I stället fortsatte utbyggnaden av den slutna vården samtidigt som utvecklingen av provinsialläkarväsendet stagnerade. Det blev allt svårare att besätta provinsialläkartjänsterna, speciellt i glesbygd, med ökande arbetsbelastning och tung jourbörda som följd. Det blev vanligt med dubbla distrikt. Den ökade inflyttningen till storstadsområdena medförde att provinsialläkarnas arbetsbörda även i sådana distrikt blev allt större. Stadsdistriktsläkarnas verksamhet var endast av marginell betydelse.

I den så kallade ÖHS-kommittén (1958) diskuterade man "provinsialläkarkrisen". Man påtalade problemen med provinsialläkarnas yrkesmässiga isolering, bristen på karriärmöjligheter och den tunga arbetsbördan. Man ifrågasatte till och med i utredningen om det överhuvudtaget var möjligt – eller önskvärt – att bevara tjänsteläkarorganisationen. Utredningen tog dock ställning för en

Utbyggnaden av den slutna vården fortsatte samtidigt som utvecklingen av provinsialläkarväsendet stagnerade

1968 gavs riktlinjer för en relativt kraftig satsning på den öppna vården utanför ett sjukhus

utbyggnad av den fristående öppna vården. Man föreslog en förstärkning av provinsialläkarkåren och en successiv övergång från enläkarmottagningar till två- eller flerläkarstationer. Man ansåg dessutom att antalet distriktssköterskor borde utökas väsentligt. I utredningen föreslogs vidare att tjänsteläkarorganisationen skulle överföras till landstingen (2).

Landstingsövertagandet 1963 kom att få stor betydelse för primärvårdens utveckling. Antalet provinsialläkartjänster började nu åter öka. Det skedde också en gradvis förändring av primärvårdens arbetssätt, främst genom att de tidigare enläkarmottagningarna efterhand ersattes av flerläkarstationer och större vårdcentraler. Allmänläkarna kom nu att arbeta tillsammans med sjuksköterskor, sjukgymnaster och andra personalkategorier i en utsträckning som inte förekommit tidigare.

I samband med överförandet av provinsial- och stadsdistriktsläkare till landstingen 1963 kom diskussioner i gång om den öppna vårdens fortsatta utformning och inriktning.

Vårdcentralens införande

Tjugo år efter den Höijerska utredningen framlade Socialstyrelsen ett "Principprogram för den öppna vården" (1968) där riktlinjer gavs för en relativt kraftig satsning på den öppna vården utanför ett sjukhus. Man lanserade här för första gången begreppet vårdcentral (3). I första hand tänkte man sig större vårdcentraler och specialister inom främst invärtesmedicin, kirurgi, psykiatri, gynekologi, ögon- och öronsjukdomar samt röntgendiagnostik. Det skulle finnas allmänläkare främst inriktade på socialmedicinskt arbete.

Vissa inventeringar gjordes för att ge kunskap om vilken omfattning den öppna vården borde ha om man utgick från lägsta effektiva omhändertagande (LEON-principen). Vid en kartläggning av patientströmmarna mellan slutet och öppen vård i Örnsköldsvik 1968 fann man att det framför allt var patienternas egna val som avgjorde vid vilken vårdnivå man sökte, 90 procent av patienterna i såväl primärvården som på sjukhusen hade tagits emot utan remiss (4). I denna studie bedömdes också att färre än 10 procent av dem som sökte vid vårdcentral behövde remitteras vidare.

Vid en retrospektiv journalgenomgång av Tierpbornas utnyttjande av medicinska kliniken vid Akademiska sjukhuset 1973 fann man att 34 procent av patienterna vid medicinkliniken skulle kunnat skötas av allmänläkare och ytterligare 28 procent av invärtesmedicinare vid vårdcentral (5).

Vid en undersökning av den öppna vården i Göteborg 1969 bedömde behandlande läkare att en tredjedel av besöken vid sjukhus borde ha kunnat klaras av allmänläkare. En särskild expertkommitté som var knuten till studien uppskattade dock att det med vidgad kompetens i primärvården vore möjligt att klara 40-50 procent av besöken hos allmänläkare. I rapporten drog man slutsatsen att allmänläkare i framtiden borde utgöra basen i organisationen av öppen sjukvård. Huvud dragen av allmänläkarvårdens framtida innehåll och kompetens skisserades redan i denna rapport (6).

I Spri-rapporten "Den öppna vårdens organisation" (7) gavs, med utgångspunkt från de allmänna riktlinjerna i Socialstyrelsens principprogram, en mer konkret beskrivning av primärvårdens uppgifter och organisation. Principen om lägsta effektiva omhändertagande betonades särskilt och man tänkte sig en ökad delegering av arbetsuppgifter från läkare till andra personalkategorier. I första hand rekommenderades större vårdcentraler med cirka 15 läkare för ett upptagningsområde på 20 000-25 000 invånare.

1970-talet – primärvårdens uppbyggnad

Under 1970-talet skedde i de flesta landstingen successivt en indelning i primärvårdsområden – oftast sammanfallande med kommuner och församlingar. De nytillkomna vårdcentralerna fick också vanligen bestämda upptagningsområden. Helhetssyn och samverkan betonades särskilt i sjukvårdsplaneringsarbetet och man tänkte sig bland annat tidigt möjligheterna av funktionell indelning av vårdcentralerna med fasta arbetslag bestående av allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera med ett gemensamt områdesansvar.

I en policyskrift från Landstingsförbundet 1974 gavs primärvården en central roll i en förändrad sjukvårdsorganisation. Man betonade här det förebyggande ar-

I HS-80 lades stor vikt vid förebyggande åtgärder och hälsoundersökningar

Primärvårdens ansvar för befolkningens hälsotillstånd gav verksamheten en klart hälsopolitisk inriktning vid sidan av de rent sjukvårdande uppgifterna

betet och lanserade även egenvården som vårdnivå 0 (8).

I Socialstyrelsens principprogram från 1976 "Hälsö- och sjukvård inför 80-talet" (HS-80) betonades helhets- synen inom sjukvården och socialtjänsten. De övergri- pande målen för hälso- och sjukvården sammanfattat- des i begreppen: närhet, kontinuitet, kvalitet och säker- het (9).

I Socialstyrelsens principprogram lades stor vikt vid förebyggande åtgärder och hälsoundersökningar. HS- 80 angav att verksamhetsområdet primärvård gällde all individinriktad medicinsk förebyggande verksamhet som kunde bedrivas utanför sjukhus samt all omvårdnad som betingades av medicinska skäl och kunde ges ut- anför sjukhus. Inom miljöområdet skulle primärvården bland annat svara för allmänna hälsovårdsinsatser och ge underlag för planering av närmiljön. Primärvård betraktas i HS-80 både som ett verksamhetsområde och som en organisatorisk nivå.

Organisatoriskt kom primärvården att utgöra basen i HS-80:s strukturmodell med länssjukvård och region- sjukvård som övriga delar. Varje sjukvårdsområde skulle delas in i självständiga primärvårdsområden med 25 000-50 000 invånare. När det gällde verksamhetens innehåll tilldelades primärvården ett ansvar för hälso- tillståndet hos befolkningen i ett avgränsat primärvårds- område.

Primärvårdens ansvar för befolkningens hälsotill- stånd gav verksamheten en klart hälsopolitisk inrik- tning vid sidan av de rent sjukvårdande uppgifterna. Det angavs vidare att särskild uppmärksamhet borde ägnas åt försök med vårdlag sammansatta av läkare, sjukskö- terskor och andra personalkategorier med ett gemen- samt ansvar för avgränsade sektorer av en vårdcentrals upptagningsområde.

I "Primärvård, äldreomsorg, samverkan" utvecklades huvudmännens syn på begreppen helhetssyn, pri- märt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvali- tet, säkerhet och samverkan. Rapporten gav också en utförlig beskrivning av primärvårdens innehåll med avseende på miljöinriktade insatser, individinriktade fö-

rebyggande insatser, behandlande verksamhet, omvård- nad, utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete samt planering och ledning (10).

I en skrift om primärvårdens innehåll och utveckling som 1978 utgavs gemensamt av Socialstyrelsen, de båda kommunförbunden och Spri utvecklades synen på primärvårdens ställning och arbetsuppgifterna ytterli- gare (11). I "Primärvård – innehåll och utveckling" gavs dock inte någon fullständig bild av hur man tänkte sig en utbyggd primärvård. Man tog bland annat inte när- mare ställning till hur primärvården skulle vara dimen- sionerad, t ex hur många allmänläkare, distrikts- sköterskor och annan personal som behövdes. Inte hel- ler tog man ställning till hur stort behovet kunde vara av sjukhusspecialister i primärvården.

1980-talet – primärvårdens expansion

I den hälso- och sjukvårdslag som antogs 1982 förut- sattes att det i första hand var primärvården som skulle ta det ansvar för befolkningens hälsa som ålades lands- tingen. Primärvårdens centrala ställning i hälso- och sjukvårdsorganisationen förstärktes ytterligare i HS-90- utredningen som förutsatte en betydande utökning av primärvårdens hälso- och sjukvårdande uppgifter (12).

Primärvården hade således starkt prioriterats i den centrala sjukvårdsplaneringen sedan slutet av 1950-ta- let. Det är intressant att konstatera hur långsamt denna prioritering slog igenom i de enskilda landstingen. Vid en genomgång av hur hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas i de olika landstingen fann man till och med att primärvårdens andel av de totala hälso- och sjuk- vårdskostnaderna hade minskat något – från 9,7 pro- cent till 9,4 procent – mellan 1972 och 1981 (13).

Från att ha präglats av specialiseringssträvanden och storskalighet gick således utvecklingen från början av 1980-talet mot mindre enheter och större kunskaps- bredd. Detta var i hög grad en internationell företeelse liksom utvecklingen mot teamarbete och större inslag av annan sjukvårdspersonal än läkare.

Planeringsunderlag för den under 1980-talet avsedda utbyggnaden av primärvården redovisades i olika cen- trala policydokument. Från Spri utgavs under 1983 en

Från att ha präglats av specialiseringssträvanden och storskalighet gick utvecklingen från början av 80-talet mot mindre enheter och större kunskaps- bredd

serie rapporter, "primärvård i utveckling" (126 och 142-9) i vilka bland annat samverkan med privatläkare, företagshälsovård och länssjukvård diskuterades, liksom utbildningsfrågor och verksamhetsredovisning.

Primärvårdens uppbyggnad skedde dock inte likformigt i hela landet. Dimensionering, struktur och organisation varierade starkt mellan olika landstingsområden.

Gemensamt var en områdesbaserad verksamhet, uppbyggd kring vårdlag med allmänläkare med särskild mottagningspersonal, distriktssköterskor, barn- och mödrahälsovård, sjukgymnastik med mera. Utvecklingen gick mot att befintliga, större vårdcentraler delades upp i två eller fler mindre vårdlag. De nya vårdcentralerna dimensionerades för högst 3-5 läkare. Utlokaliseringen av specialistläkare till primärvården stannade av. I stort sett begränsade man specialistutbudet till barnläkare och gynekologer.

Den lokala ledningsstrukturen i primärvården utvecklades efter liknande mönster som inom den sjukhusbundna vården. Primärvården i ett distrikt, ofta sammanfallande med den primärkommunala områdesindelningen, leddes i regel av en distriktsöverläkare (primärvårdschef). De lokala variationerna var dock stora. Primärvårdschef kunde också vara en rent administrativ befattning. Om det fanns fler vårdcentraler i ett distrikt utsågs ofta lokala vårdcentralschefer. Särskilda primärvårds- och vårdcentralsföreståndare (vanligen sjuksköterskor) och annan administrativ personal ingick i den lokala administrativa staben. Man kan, något förenklat, jämföra den ledningsstruktur som byggdes upp i primärvården med ledningen av en klinik med klinikchef, lokala sektionschefer, respektive klinik- och avdelningsföreståndare.

Såväl när det gällde tillgänglighet och service som den medicinska verksamheten utvecklades primärvården betydligt under 1980-talet. Primärvården blev därigenom i allt högre grad ett förstahandsval för de våldsökande. En rad olika studier gav stöd för att andelen patienter i primärvården under denna tid ökade avsevärt. Även när det gällde avlastning av akut-sjukvården kunde positiva effekter iakttagas (14).

En sådan (avsedd) utveckling sågs dock inte överallt. Särskilt i storstadsområdena med deras starkt differentierade vårdutbud med omfattande öppen specialistsjukvård och många företags- och privatläkare var bilden mera splittrad. Tillgången till ett stort antal parallella vårdalternativ, inte minst de dygnet-runt-

öppna akutmottagningarna och en omfattande valfrihet för patienterna att söka utan remiss ledde till splittning och på många håll lokal överbelastning i vården.

Från mitten av 1980-talet började en förändrad syn på primärvårdens innehåll och sättet att organisera verksamheten växa fram. Önskemål om en mer decentraliserad verksamhet framfördes. I en programskrift från Landstingsförbundet som utkom 1986 diskuterades möjligheterna att allmänt överföra primärvård från landstingen till kommunerna (15).

Inriktningen mot ett ökat primärkommunalt ansvar för hälso- och sjukvård pekade fram mot Ädelreformen som trädde i kraft 1992. Primärkommunerna tog nu över huvuddelen av medicinsk vård och omsorg i eget boende. Planerna på en kommunalisering av hela primärvården bromsades i detta skede upp och endast en begränsad försöksverksamhet på några olika håll i landet inleddes. Orsaken till att kommunaliseringen av primärvården inte drevs vidare var framväxten av nya sjukvårdspolitiska strömningar som visade sig vara långt starkare.

Marknadsinriktning och införande av husläkare

Den sjukvårdspolitiska vindkantring som således skedde mot slutet av 1980-talet kan sammanfattas i tre begrepp – avreglering, privatisering och marknadsstyrning. När det gällde primärvården utgick viljan till förändring också från ett fjärde begrepp – husläkare. Denna utveckling är inte en unikt svensk företeelse. Trendbrottet i förhållande till den i huvudsak offentligt finansierade och planerade svenska primärvården är dock anmärkningsvärt. I andra jämförbara länder närmade man sig snarare den modell vi själva höll på att överge.

Behovet av bättre kontinuitet och ett mer personligt omhändertagande i primärvården hade redan i slutet av 1970-talet kommit till politiskt uttryck som en önskan att – inom den vårdcentralbaserade primärvårdens ram – etablera ett husläkarsystem (16).

Nu mot slutet av 1980-talet sågs den (med rötter i det gamla provinsialläkarväsendet) områdesbaserade primärvården som en broms om man ville uppnå ökad

Mot slutet av 1980-talet sågs den områdesbaserade primärvården som en broms om man ville uppnå ökad valfrihet

valfrihet. Ett första steg var att bryta upp systemet med fasta upptagningsområden för vårdcentralerna. Så skedde allmänt hos de olika sjukvårdshuvudmännen åren kring 1990. Parallellt gjordes på många håll en sjukvårdspolitisk omvärdering av primärvårdens vårdlagsinriktade arbetssätt. Läkarnas arbete prioriterades upp, medan den övriga personalens insatser i motsvarande grad prioriterades ner. Som ett led i en fortlöpande avreglering börjades nu även ett antal privata allmänmedicinska grupp-mottagningar etableras. Sjukvårdspolitiskt fanns nu även ett stöd för en sådan inriktning.

Ett ifrågasättande av primärvårdens funktionsduglighet kulminerade, paradoxalt nog, i ett skede när verksamheten faktiskt hade börjat att fungera allt bättre. Många ansåg att vårdcentralerna hade haft sin chans – och försuttit den. Att denna kritik i huvudsak byggde på missförhållanden som inte längre rädde var det egentligen bara de närmast berörda, patienter och personal i primärvården, som insåg.

Det är mot denna bakgrund det husläkarsystem som beslutades 1993 och som redan två år senare står inför att avvecklas skall ses. Man ville bryta upp en samlad och – som man uppfattat – myndighetsinriktad primärvård. Man ville tona ner primärvårdens samlade ansvar för en given befolkning och i stället betona den enskilde läkarens ansvar för de patienter som själva valt att söka honom eller henne. Man ville också skapa konkurrens olika läkargrupper emellan. Avsikten var att sjukvårdshuvudmannens ansvar för vård på lika villkor skulle förverkligas med i huvudsak ekonomiska incitament. Man ville således, med ett ord, gå från samverkan till konkurrens. Denna sjukvårdspolitiskt styrda utveckling förefaller nu ha brutits i och med att en ny politisk majoritet i riksdagen och ett flertal landsting i slutet av 1994 angivit ändrad färdriktning. Det återstår att se hur denna, den sjukvårdspolitiska pendelns rörelse, i en tid av ekonomisk kris kommer att formera eller deformera morgondagens primärvård.

Kompetensutveckling och utbildning av primärvårdens läkare

En förändrad organisation ställer nya krav på kompetens och utbildning. Allmänmedicinen har i stor utsträckning varit stilbildande när det gäller systematisk

specialist- och fortbildning. Denna utveckling skall här kort redovisas.

Med den breda kliniska kompetens som fyrtio- och det tidiga femtioalets provinsialläkare oftast hade (i regel många års sjukhustjänstgöring i botten) utmärktes dåtidens primärvård av hög medicinsk kompetens, men små materiella resurser. Med den utarmning som provinsialläkarväsendet var utsatt för under de sista åren av statligt huvudmannaskap tunnades kompetensen ur. Patientströmmarna vände och en allt större del av de medicinska ansvaret överfördes till akutsjukvården. Detta gällde patienter med folksjukdomar som diabetiker, hjärt- och kärlsjuka och reumatiker, men även självbegränsande besvär som belastningsvärk och infektioner.

Under den landstingskommunala primärvårdens första decennium byggdes primärvården ut mer genom en ökning av sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden och läkar-sekreterare än genom att tillföras nya allmänläkartjänster. Den medicinska ledningen av verksamheten var starkt centraliserad, inte sällan oklar. Förutsättningarna att bedriva en högkvalitativ och effektiv vård var därför knappast de bästa. Ett omfattande ifrågasättande av de nya vårdcentralernas verksamhet var knappast förvånande.

Vad som sedan inleddes under 1980-talet var mer hoppingivande. En viktig omständighet var att allmänmedicin i början av decenniet blev en egen medicinsk specialitet. Härigenom kunde kraven på specialistutbildning i ämnet preciseras. Den akademiska närvaron vid de medicinska lärosätena, med den undervisnings- och forskningspotential detta innebar, bidrog också till en stegvis kompetenshöjning ute i primärvården. Programverksamhet för kontinuerlig efterutbildning av distriktsläkare integrerades i primärvårdens vardag. Kompetenshöjande aktiviteter, bland annat handledarledda samtalsgrupper (Balint-verksamhet med mera), kvalitetscirklar och lokala utvecklingsprojekt blev allt vanligare.

Av stor betydelse i detta sammanhang var den specialistutbildning i allmänmedicin som byggts upp på nationell och regional nivå med aktivt stöd av Svensk förening för Allmänmedicin, SFAM (17). Ett lokalt nät-

En viktig omständighet var att allmänmedicin i början av decenniet blev en egen medicinsk specialitet

verk av handledare och ett nationellt nätverk av studierektorer etablerades. Formerna för specialistexamen i ämnet utvecklades (tidigare än i andra specialiteter). Även handledning av AT-läkare har i primärvården tidigt fått ordnade former med fasta handledare.

Den stegvis förbättrade medicinska kvaliteten i primärvården gav nya utgångspunkter för en samverkan med andra specialiteter. Gemensamt vårdprogramarbete infördes på många håll. Nationella överenskommelser mellan allmänmedicinare och andra specialistföreningar träffades under slutet av 1980-talet när det gäller en rad olika sjukdomstillstånd (de så kallade SAPAT-dokumenterna).

Man kan sammanfattningsvis hävda att primärvården från slutet av 1980-talet kvalitativt hade utvecklats på ett mycket lovande sätt. Andelen färdiga specialister i verksamheten var hög. Dimensioneringen av tjänster ute i landstingen hade också börjat att närma sig den utbyggnadsnivå som länge endast funnits på papper i olika plandokument – en allmänläkare per 2 000 till 2 500 invånare, enligt Socialstyrelsens statistik (18).

Verksamhetens innehåll

Utvecklingen under efterkrigstiden med en omfattande satsning på specialiserad och sjukhusbunden vård samtidigt som den öppna vården utanför sjukhus starkt efterterattes är unikt för Sverige. Intet något annat västeuropeiskt land har en så låg andel läkare i primärvården. Viljan att bryta denna utveckling har också sjukvårdspolitiskt angivits som ett av huvudsyftena med den aktuella husläkarreformen. Det är mot denna bakgrund väsentligt att granska också hur det medicinska innehållet i primärvården utvecklats och i vilken utsträckning behandling av olika sjukdomar och besvär sker i denna vårdform.

En sådan granskning försvåras emellertid av att öppen vård (såväl i primärvård som på sjukhus) är bristfälligt dokumenterad. Vissa vårdcentraler har dock statistik för diagnoser och medicinska åtgärder, i några fall sedan början av 1970-talet.

Förebyggande och hälsobefrämjande insatser är traditionellt väl förankrade i primärvården. Den förebyggande mödra- och barnhälsovården (MVC respektive BVC) har i stort sett hundra procentig täckning inom sina respektive verksamhetsområden. När det gäller läkarverksamheten inom dessa områden svarar i nuläget allmänläkare för huvuddelen av barnhälsovården, men endast i mindre utsträckning för mödrahälsovård.

Dessa områden har under åren i hög grad utvecklats kvalitativt, det finns särskilda kontrollprogram som noga följs upp, nya tekniker och arbetssätt har införts ute i primärvården, t ex ultraljud för fosterövervakning, psykoprofylax och föräldragrupper. I stort sett all normal BVC- och MVC-verksamhet sker i dag i primärvården. Verksamheten är internationellt av hög klass.

Hälsobefrämjande insatser för barn och ungdomar i skolåldern har under efterkrigstiden förstärkts med skol-läkare och skolsköterskor. I många fall svarar primärvården för sådana insatser, medan det – särskilt i de större städerna – byggs upp en parallellverksamhet med särskilda tjänster i respektive skoldistrikt. Under 80-talet har denna verksamhet på vissa håll kompletterats med ungdomsmottagningar särskilt inriktade på preventivmedelsrådgivning, med mera.

Även i dessa avseenden ligger de förebyggande insatserna i stort sett utanför sjukhusen, i detta fall de pediatrika klinikerna. Även om en viss nedrustning av den primärkommunalt förankrade förebyggande verksamheten för barn och ungdomar nu pågår håller denna verksamhet (ännu) god standard.

Också när det gäller sjuka barn sker omhändertagande i dag huvudsakligen i primärvården. Detta gäller framför allt akuta infektioner som är den dominerande kontaktorsaken. I takt med att utbyggnaden av primärvårdens jourverksamhet förbättrats under 1980-talet har det i allt högre grad gällt även ÖNH-problem, framför allt otiter, som tidigare – särskilt i de stora städerna – belastat barn- och öronkliniker. Genom tillkomsten av särskilda distriktsbarnläkare har även huvuddelen av utvecklingsbedömningar, utredning av astma, allergi och kroniska sjukdomar kunnat skötas i primärvården. Utvecklingen har klart gått mot att om möjligt undvika att barn läggs in på sjukhus.

Nya metoder och tekniker inom primärvården

En allmän bedömning är att nya metoder och teknologier inom exempelvis de pediatrika, gynekologiska, internmedicinska och ortopediska fälten, i allt större utsträckning kunnat föras ut från sjukhusen.

Inom det gynekologiska området har hälsokontroller med avseende på cancer i bröst och underliv till största delen kunnat föras ut i primärvården. Distriktsläkare och distriktsbarnmorskor, ofta biträdda av gynekologer med tjänstgöring i primärvården, svarar för omfattande kontrollprogram innefattande mammografi och cell-

prover. Föreskrivning av p-piller och uppläggning av spiral sker också i primärvården, allt oftare vanligen genom distriktsbarnmorska. Även behandling och kontroll av sexuellt överförda sjukdomar (inklusive HIV) sker i dag huvudsakligen i primärvården.

Det finns en tydlig tendens till arbetsfördelning mellan allmänläkare och gynekologer i öppen vård så att enklare vardagsbesvär sköts av allmänläkare, medan specialistläkaren svarar för utredningar och ställningstaganden i övrigt. Härigenom torde de gynekologiska klinikernas utrymme för mer specialistkrävande insatser i dag ha ökat.

När det gäller behandling och kontroll av vanliga folksjukdomar har utvecklingen på senare år gått mot en klarare uppdelning av ansvarsområdena mellan primärvård och berörd specialitet.

Diabetes typ 2 sköts i dag i regel i primärvården. Studier av bland annat Falkenberg (19) visar att en hög vårdkvalitet kan uppnås. Även typ 1-diabetes kontrolleras många gånger (efter initial inställning på sjukhus) i primärvården. Högt blodtryck och kranskärssjukdom är sjukdomar som i huvudsak sköts i primärvården. Nya behandlingsmetoder för sjukdomar i hjärtats kranskärl har lett till ett ökat samarbete mellan allmänläkare och sjukhusspecialister främst när det gäller sekundär prevention.

Inom områden som allergi och inflammation (t ex astma, eksem, reumatiska sjukdomar) har den medicinska utvecklingen gått mycket snabbt. Det finns nu nya behandlingsmetoder som kan hålla patienterna besvärsfria eller näst intill. Även här har belastningen på akutsjukvården i betydande utsträckning minskat när det gäller omvårdnad, samtidigt som ökade resurser krävs för vissa utredningar med mera. Diagnostik av allergier, astmaskolor med mera har också i ökande utsträckning kunnat erbjudas i primärvården.

Även när det gäller opererande specialiteter som allmänkirurgi, urologi, ortopedi och plastikkirurgi har nya teknologier lett till bättre behandlingsresultat och kortare vårdtider, men även i vissa fall till vidgade behandlingsindikationer.

Betydligt färre patienter behöver i dag i väntan på operation kontrolleras för smärtsamma eller besvärande åkommor som höftförslitning, gallsten eller bråck. Dessa opereras nu i betydligt tidigare skede. Då förbättrad medicinsk teknologi leder till en ökad efterfrågan av sådan hjälp söker å andra sidan fler än tidigare primärt vid vårdcentral för bedömning och eventuell

remiss för sådan behandling. Behovet av eftervård vid tidig hemgång efter operation innebär en inte obetydlig arbetsökning i primärvården, särskilt när det gäller insatser av distriktssköterskor och sjukgymnaster.

Inom alkohol- och missbruksområdet ligger huvudansvaret för de medicinska insatserna i öppen vård på primärvården. De psykiatriska öppenvårdsteamerna har här begränsade resurser.

Inom äldre vården har Ädelreformen inneburit en dramatisk omfördelning av ansvar och arbetsuppgifter mellan akutsjukvård, geriatrisk vård, primärvård och primärkommunal service. För primärvården som tidigare haft ett totalansvar för vård i eget boende är situationen nu splittrad. Medan vård i eget boende på många håll fortfarande är en uppgift för primärvården och dess patrullverksamhet svarar primärkommunerna i dag för vård vid servicehus och sjukhem. Det får bedömas som osäkert i vad mån primärvården även fortsättningsvis kommer att ha underlag för en egen sammanhållen hem-sjukvård.

Primärvården har vidare viktiga uppgifter inom den onkologiska vården. Detta gäller särskilt förebyggande insatser (t ex rökavvänjning), tidig klinisk diagnostik, omvårdnad och vård vid livets slutskede. I samarbete mellan länssjukvården, de onkologiska centra och primärvården har på många håll en omfattande verksamhet för diagnostik, kontroll, vård och omvårdnad av cancersjuka byggts upp. Det finns härigenom förutsättningar för en avlastning av akutsjukvården och en ökad möjlighet för patienter med svåra och obotbara sjukdomar att få dö i hemmet, om de önskar det. Hospice finns nu på flera platser i landet, och ofta i samarbete med primärvården.

Avslutning

Om man skall våga sig på en sammanfattning av den svenska primärvårdens utveckling i modern tid kan man säga att denna traditionellt väl förankrade verksamhet, efter en period av förfall under 1950-talet och en besvärlig rekonstruktionsfas under 1960- och 1970-talen, senare utvecklades till en väl fungerande vårdorganisation. Inriktningen på prevention och behandling av stora folksjukdomar har inneburit goda möjligheter till en rationell arbetsfördelning tillsammans med akutsjukvård, psykiatri och geriatrik. Denna utveckling är emellertid inte helt oomstridd. I dag förespråkar sannolikt flertalet allmänläkare en sammanhållen primärvård med vårdlagsliknande arbetsformer. Men det finns också de som har svårt att se så nära samband i vardagsarbetet. Det gäller såväl läkare som andra personal-

grupper. Inställningen till förebyggande vård och samhällsmedicinsk verksamhet är också något splittrad, en del ger uttryck för alienation inför företeelser vid sidan av sedvanlig konsultationsverksamhet. Även när det gäller samverkan med andra specialiteter finns olika meningar. Vissa ser remisstväng som en förutsättning för en "riktig" allmänmedicinsk verksamhet medan andra ser möjligheter till en rimlig ansvarsfördelning byggd på en friare samverkan mellan vårdkedjans olika länkar. I spänningen mellan dessa kraftfält formas morgondagens primärvård, i någon mån också utifrån den här redovisade historiska bakgrunden. Men som alltid: Mätta av erfarenhet skådar vi blindt in i framtiden.

REFERENSER

1. Den öppna vården i riket. Allmänna förlaget, 1948. SOU 1948:14.
2. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Allmänna Förlaget, 1958. SOU 1958:15.
3. Ett principprogram om öppen vård. Stockholm 1968. Socialstyrelsen redovisar, 1968:3.
4. *Spri*. Ömsköldsviksstudien del 2. Kartläggning av patientströmmar mellan slutet och öppen vård. Stockholm: Spri, 1969. Spri-rapport 14/69.
5. *Berfenstam R, Berg F, Boström H, Smedby B, Waern U*: Vårdnivåer i öppen vård - en studie inom ramen för Tierpsprojektet. Läkartidningen 1976;127-30.
6. *Härnqvist M, Lindholm N*: Öppen sjukvård i Göteborg 1969. Stockholm: Spri, 1972. Spri-rapport 1/72.
7. *Spri*. Den öppna vårdens organisation. Stockholm: Spri, 1972. Spri-rapport 14/72.
8. *Landstingsförbundet*. Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Landstingsförbundet 1974.
9. *Socialstyrelsen*. Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Principprogram för vård. Stockholm, 1976. Socialstyrelsen anser 1976:1.
10. *Spri*. Primärvård. Äldreomsorger. Samverkan. Stockholm: Spri 1977. Spri S 43/1977.
11. *Spri*. Primärvård - innehåll och utveckling. Stockholm: Spri, 1977. Spri S 101/1978.
12. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Huvudrapport. Stockholm: Liber Förlag, 1984.
13. *Spri*. Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser? En landstingsanalys. Stockholm: Spri, 1983. Spri-rapport 116/1983.
14. *Spri*. Konsekvenser för länssjukvården av en utbyggd primärvård. Spri 1985. Spri-rapport 199.
15. *Landstingsförbundet*. Landstingen inför 1990-talet. Primärvård i vems regi? - huvudmannaskap och avgränsning mot viss primärkommunal verksamhet. Landstingsförbundet 1986.
16. Betänkande i kontinuitetsutredningen. Husläkare - en enklare och tryggare sjukvård. Stockholm: Liber Förlag, 1978. SOU 1978:74.
17. SFAM. Allmänmedicinen inför 2000 - en programskrift. Svensk förening för Allmänmedicin 1988.
18. Primärvårdsuppföljning 1992. Socialstyrelsens rapport 1993:20.
19. *Falkenberg M*: Diabetes mellitus och hyper- och hypothyroidism in a community. Epidemiological and therapeutic aspects. Linköping University. Medical dissertations No 242, Linköping 1987.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Att utvärdera primärvården (nr 3-4/92)

Några av primärvårdens nyckelord är ekonomistyrning, primärkommunal primärvård, privata entreprenader, kvartersakuter och husläkare.

Att utvärdera primärvården blir en alltmer angelägen uppgift. Vi har i detta temanummer samlat bidrag från en konferens om erfarenheter, metoder och problem, i Sverige och utomlands, att utvärdera primärvård.

Bland författarna: Gustav Haglund, Willy Karlsson, Ronald Andersen, Chris Ham, Seppo Aro, Kjell Lindström, Måns Rosén Olle Östman, Gösta Tibblin.

Forskning och utveckling i landsting och kommun (nr 4/93)

Detta temanummer handlar om det lokala och regionala FoU-arbetets möjligheter och problem. Vilken utvecklingskraft rymmer den lokala forskningen i landstingens och primärkommunernas regi? Hur bör denna forskning lämpligen utformas? Vilka risker och fallgropar lurar på vägen? Är det möjligt att bedriva en kvalitativt god forskning vid de nya enheterna?

Bland författarna: Roland Svensson, Bengt Starrin, Urban Janlert, Tomas Svensson, Jan-Åke Mjurenke, Per-Gunnar Svensson, David Gaunt Mikal Axberg.

Kan beställas: Socialmedicinsk tidskrift, Slåttervägen 38, 178 37 Ekerö. Fax 08/560 301 21