

Primärvården 1956-1995: En dynamisk men ofullkomlig utveckling

Claes-Göran Westrin

I ett fyrtioårigt perspektiv har primärvården utvecklats både som idé och verklighet. Där det bara fanns ensamma provinsialläkare och distriktssköterskor finns nu en tydlig vårdnivå med stora och differentierade resurser. Utvecklingen är dock ofullkomlig i ett viktigt avseende, nämligen vad gäller läkarnas insatser. Under lång tid var orsaken därtill den allmänna läkarbristen och allmänläkarmodellens bristande konkurrenskraft gentemot specialiseringsambitionerna. När vi nu fått gott om läkare har nya svårigheter uppstått genom husläkar- och ÄDEL-reformerna. Behovet att förstärka och samordna läkarnas verksamhet i primärvården är dock större än någonsin, inför en ökande resursbrist och allt större krav på prioriteringar.

Claes-Göran Westrin är professor i socialmedicin vid Uppsala universitet.

Det som här följer är ett urval av personliga erfarenheter av 'primärvård' som ideal och realitet. Perspektivet är fyrtioårigt från några år som provinsialläkare på femtitalet till ett engagemang i dagens sjukvårds- och forskningspolitik.

En komplikation i framställningen är att realiteten primärvård är en bra bit äldre än termen primärvård, som knappast kom i allmänt bruk förrän i mitten på 1970-talet. En annan komplikation är att denna term, sedan den väl införts, blivit mångtydig, flexibel och porös.

Dock erbjuder sig en viss reda om man med Hannu Vuori skiljer mellan primärvård som ideologi, som vårdnivå och som vårdorganisation.

Vårdideologi, primärvård och folkhälsa

Primärvård som ideologi anknyter till en sekelgammal socialmedicinsk utopi, under 1848 års februarirevolution uttryckt av Jules Guérin med slagordet: "läkaren skall

inte bara bota enskilda individer utan se hela samhället som sin patient." Samma tanketradition återkom i svensk socialpolitik under 1930- och 40-talen i Alva och Gunnar Myrdals samt Axel Höijers visioner om hur svensk hälso- och sjukvård borde byggas upp. Den finns också som en väsentlig del i WHO:s Magna Charta, Alma Ata-deklarationen. Idag inser vi dock att sådan 'primärvård' endast till en mindre del är en läkar- och sjukvårdsuppgift och mer verkningfullt utövas av skolläraren, besiktningsveterinären och vattenverksingenjören.

Den primära hälso- och sjukvårdens befolkningsansvar har ändå präglat också de vårdpolitiska visionerna, under 1970- och 1980-talet. Så markerades t ex distriktsläkarens uppgifter som "lokal epidemiolog" i ämnesbeskrivningen för nya disciplinen 'allmänmedicin'. Idén anknyter till en tradition, där provinsialläkaren årligen gjorde ronder i sitt distrikt för att granska dess hygieniska förhållanden och också skrev årsredogörelser om vad vi idag skulle kalla "befolkningens hälsobeteende." Försöken att i det moderna samhället återskapa detta personliga preventiva område-sansvar har dock fått en begränsad framgång och saknas nästan helt i husläkarmodellen. Under senare år återfinns tyngdpunkten i folkhälsoarbetet i aktiviteter på läns- och riksplanet. Det finns ett viktigt lokalt hälsoarbete, men detta har i stort sett förlorat sin historiska *medicinska* anknytning.

Vårdnivå och vårdorganisation

Redan i det skisserade tolkhälsoperspektivet fokuserades länge diskussionen och planeringen på *läkarens* uppgifter. Detta gäller än mer frågor om individuell behandling och vård. Här dominerade konceptet läkaren-den-ensamme-entreprenören, därhän att tankar på gruppläkarmottagningar ännu mot slutet av 1950-talet diskuterades som en framtidsutopi (1). Kraven på nya

organisationsmodeller kom dock snabbare än någon kunnat förutse. Många faktorer bidrog. Samhällets resurser liksom den medicinska teknologin utvecklades i en takt som få hade förutsett och därmed läkarnas egna professionella ambitioner. Nya yrkesgrupper tillkom i vården och etablerade grupper fick nya uppgifter. Distriktsköterskorna lösgjordes ur provinsialläkarnas skuggor och blev centralfigurer i en hemsjukvård med nya befattningshavare som distriktsgymnaster, distriktsarbetsterapeuter, undersköterskor m m. På motsvarande sätt fick distriktsbarnmorskorna ett alltmer självständigt arbete. Vårdorganisatoriskt utvecklades ett nät av vårdcentraler, somliga till en storlek som fått min kollega Leif Svanström att tala om Babels uthus. Dessa enheter kom att disponera diagnostiska och terapeutiska möjligheter som tidigare endast fanns på sjukhusen eller inte alls. Ett lagarbete etablerades mellan olika personalkategorier och inte i ringa utsträckning med socialtjänst och arbetsvård. Vidare tillkom dagvård och sjukhusvård, på vissa håll med specialiserad femdygnsvård. Allt detta skedde på relativt bred front, låt vara i olika takt och med olika utformning för olika delar av landet.

Främst i landsorten, men successivt även i städerna, har den vårdorganisatoriska utbyggnaden medfört att patienterna kunnat identifiera en *primär vårdnivå*. Internationellt har denna modell på många håll välkomnats som en slags ideal men den har ändå inte ens i vårt land vårdpolitiskt och resursmässigt stabiliserats.

En bärande idé i utvecklingen av primärvårdsnivån har varit en strävan att integrera olika vårdinsatser. I några avseenden har utvecklingen i stort sett varit framgångsrik, kanske främst vad gällt en tilltagande samverkan mellan social- och sjukvårdsmässig omvårdnad för de äldre. Allmänt gäller dock att 1970-talets förhoppningar inte kunnat infrias när det gällt en harmonisk och resurssparande samverkan mellan socialtjänst och sjukvård. I vissa avseenden har t o m en destabilisering inträtt, däri att läkarnas arbete på ett olyckligt sätt separerats från övriga delar av vården, främst genom husläkar- och ÄDEL-reformerna. Den förstnämnda reformen tycks få ett kortvarigt liv, men frågan återstår hur uppkomna skador skall kunna repareras. Vad be-

träffar ÄDEL-reformen är det överhuvudtaget svårt att sia om den fortsatta utvecklingen. På sina håll tycks det finnas ett gott samarbete mellan kommunens och landstingets primärvårdsresurser medan på andra håll en redan tidigare otillfredsställande kvalitet ytterligare naggats i kanten. En intressant men mycket kontroversiell fråga gäller olika propåer att primärkommunsanknyta också primärvårdsläkarna. Goda argument kan anföras både för och emot en sådan lösning. Och ett observandum att vissa hittillsvarande försök att helt primärkommunalisera primärvården faktiskt avbrutits i förtid.

Primärvårdsläkarna

I fråga om läkarnas uppgifter i primärvården finns det en gammal diskussion om behovet av goda 'primärläkare'. Det var ett ideal som var ganska klart formulerat redan under min studietid på 1950-talet, där unga medicinare såg allmänpraktikern/familjeläkaren som urtypen för en riktig doktor. Själv läste jag vid denna tid den norske psykiatern Trygve Braatøys bok "Pasienten och legen" och attraherades av dess devis att det är finare att vara "lege" än "overlege". Bl a inspirerad därav kom jag att under några år arbeta som ordinarie provinsialläkare i Västerbotten och blev för en tid en entusiastisk förespråkare för den traditionella familjeläkaren. Den tidens relativt enkla modell blev emellertid alltmer otidsenlig. Till detta bidrog inte bara professionens och allmänhetens ändrade krav på sjukvården utan i lika hög grad den allmänna samhälleliga utvecklingen med en fragmentisering och en 'proletarisering' av läkararbetet med totallön, jourkompensation, bortfall av markservice från hemmafruar, hembiträden osv. Samtidigt tillkom nya rolluppgifter såsom att allmänläkaren behövdes som patientens vägvisare eller rent av ombudsman i ett alltmer svåråskådligt vårdlandskap. Diskussionen om behovet av generalister fördjupades till att gälla hur man kunde kompensera för specialiseringen/fragmentiseringen. Allt detta ledde fram till att allmänmedicinen etablerades som specialitet för att så småningom locka till sig allt fler entusiastiska och resursrika unga läkare. Likväl har läkarfrågan förblivit ett avgörande problem när det gällt primärvår-

Den traditionella familjeläkarmodellen blev alltmer otidsenlig

Lokaliseringen av sjukvården och socialtjänsten till gemensamma lokaler mötte mest protester från allmänheten

dens utveckling och trovärdighet. Svårigheter kan främst föras tillbaka till två faktorer. Det har tagit mycket längre tid än förväntat att rekrytera tillräckligt många primärläkare för att svara mot patienternas behov av tillgänglighet, kontinuitet och samlat ansvar. Ett annat problem har varit fortsatta kontroverser och oklarhet om vad som skall vara allmänmedicinarnas yrkesidentitet.

Bristen på primärvårdsläkare

Att bristen på primärvårdsläkare bestått trots nästan två decenniers 'prioritering' av primärvården aktualiserar några generella frågor om vad som bestämmer sjukvårdens utveckling. Den amerikanske sociologen Andrew Twaddle har här, i analyser av svensk sjukvård, jämfört med internationella förhållanden, identifierat tre olika modeller för hur sjukvården kan organiseras på samhällsnivå: en marknadsmodell, en professionell modell och en politisk modell.

Marknadens betydelse. Det är av flera skäl tveksamt huruvida 'marknadsmekanismer' haft någon nämnvärd betydelse för utvecklingen av primärvården. Det finns sålunda få belägg för specifika folkliga krav på hur primärvården skall vara organiserad. Önskemål om bättre tillgänglighet och kontinuitet, ja, men kanske då mest gällande den allmänna tillgången till kvalificerad kurativ vård.

Lokaliseringen av läkare och distriktssköterskor till för sjukvården och socialtjänsten gemensamma lokaler, ett central moment i vårdcentralsideologin, mötte, i varje fall när jag arbetade med etableringen av Skara vårdcentral, mest protester från allmänheten. Protesterna var begripliga. Vi gick ut stort och talade om välsignelserna med att decentralisera vården. Vad allmänheten upplevde var att läkarmottagningarna flyttades från centrala Skara till stadens utkant – och Axvallborna fick en mil längre när de skulle besöka sin distriktssköterska. Jag kan följ inte minnas att planeringen någon gång innefattade något engagemang av befolkningen som sådan.

Det professionella inflytandet. En diskussion om ett professionellt inflytande kan för den tid vi här diskuterar nästan helt begränsas till läkargruppen, som också ur professionsteoretisk synpunkt alltså är den enda

yrkesgrupp inom vården som har alla en professionskarakteristika. Just för denna grupp har de professionella styrmedlen varit starka om även i huvudsak informella. De har innefattat vad som givit en prestige och vad som uppfattas som goda modeller för unga läkare. Arbete i den 'öppna vården' har haft låg status, åtminstone delvis förklarat av en tidigare låg professionell kvalitet, bl a därför att allmänmedicinen länge saknade akademisk representation, och därmed vetenskaplig legitimitet. Vidare har det i Sverige funnits en stark generell strävan att göra formell karriär och att om möjligt bli "överlege" – en reminiscens av det tidigare starka tyska inflytandet? Den låga prestige bidrog till provinsialläkarväsendets successiva förfall. I en liten studie i Skaraborg i början på 1970-talet fann jag att majoriteten av ordinarie provinsialläkare/distriktsläkare inte hade längre utbildning än de då stadgade åtta sjukhusmånaderna. Resultatet blev onda cirklar. Primärvården saknade goda modeller i konkurrensen med de ofta mycket goda läkarmodellerna som fanns i sjukhusvården. På en arbetsmarknad där man till skillnad från patienternas marknad kunde tala om marknadsfaktorens fria spel torde läkarnas personliga preferenser ha haft stor betydelse. Det fanns en god tillgång på alla sorters tjänster, inte minst sjukhustjänster. Sjukhusarbetet gav läkaren tillgänglighet/kontinuitet för de patienter han eller hon önskade. Det fanns goda möjligheter att arbeta som en "riktig doktor," särskilt inom allmän internmedicin och på de små normallasaretten. Under 1958-1968 kom därtill inom psykiatrin en utveckling av 'holistiskt arbete' genom kombinationen av den psykofarmakologiska revolutionen och ökade kunskaper om psykosomatik och psykoterapi. Detta förklarar att, enligt en undersökning som Sune Nyström och jag genomförde 1968, åtta procent av de unga svenska läkarna ville bli psykiater, samtidigt som få om ens några ville bli allmänmedicinare (2, 3).

Den politiska styrningen. I ett större perspektiv torde utvecklingen av den svenska sjukvårdens organisation och resurser i mycket hög grad bestämts av en politisk-administrativ planering, särskilt de modeller som under 1970-talet utvecklades av den då kraftfulla och inflytelserika socialstyrelsen. Den planeringen fick också ett påfallande genomslag i tillkomsten av vårdcentraler men

Den låga prestige bidrog till provinsialläkarväsendets successiva förfall

Folk har gått ut på gator och torg för att få behålla akutintag och BB men mer sällan för att behålla distriktsläkarmottagningar

i betydligt mindre grad i en utbyggnad av primärvårds-läkarkåren. Detta kan ha flera förklaringar. En grundläggande fråga är om man disponerat några effektiva styrmiddel. Svårigheterna att placera läkare efter politiska riktlinjer är inte unika för Sverige, utan tycks gälla för flertalet länder, åtminstone beträffande försök till geografisk allokering.

En annan fråga gäller hur fast den politiska viljan varit beträffande på papperet entydiga planer om t ex allmänmedicinens prioritet. Här kan den ovan diskuterade bristen på genuina folkliga krav också spelat en viss roll. Det är signifikativt att folk gått ut på gator och torg för att få behålla akutintag och BB (vilket ur rationell synpunkt inte varit motiverat), men mer sällan för att behålla en distriktsläkarmottagning (även om detta skulle ha varit rationellt motiverat!).

Ett försök till ett helhetsperspektiv

Perspektivet bakåt kan sammanfattas sålunda:

Trots många oklarheter och förhinder har primärvården som helhet på kort tid och i många avseenden genomgått en stark och dynamisk utveckling.

Genom politisk-administrativ planering och beslut-samhet har en primär vårdnivå etablerats med en vård-organisation, som i viktiga avseenden disponerar diffe-rentierade resurser för behandling, rehabilitering och omvårdnad. För vissa funktioner har ett områdesan-

svar utvecklats och stabiliserats varigenom visionerna om primärvårdens befolkningsansvar delvis förverkli-gats, trots att primärpreventiva folkhälsouppgifter i hu-vudsak övergått till andra aktörer.

Bristen på primärvårdsläkare var länge ett bekymmer-samt hinder för en kraftfull och optimal utbyggnad av vårdnivån. En hämmande faktor torde varit läkar-professionens ambitioner på vetenskaplig utveckling och specialisering och en allmän brist på läkare. Lä-karbristen har nu förbytts i en snabbt ökande arbets-löshet och problemen att rekrytera allmänläkare bör därmed i stort kunna avskrivas till historien.

Nya svårigheter, när det gäller att samordna läkarar-bete med övrig primärvård, har dock uppkommit ge-nom husläkar- och ÄDEL-reformerna. Betydelsen därav har sannolikt underskattats. Trots tydlig primärvårds-nivå och tillgång till allmänläkare kommer ekonomiska svårigheter medföra ett ökande gap mellan vårdbehov och tillgängliga resurser. Detta kommer ställa allt större och ofta smärtsamma krav på rationalisering och prioriteringar vilket i sin tur innebär allt större krav på samordning och ledarskap.

I det perspektivet är det särskilt nödvändigt att ut-veckla läkarnas roller och insatser i den första vård-linjen.

REFERENSER

1. *Arvidsson S O, Westrin C G*: Provisialläkararbete i Västerbot-ten. En analys av ett patientmaterial. Svenska Läkartidningen 1959;56:3430-46.
2. *Nyström S, Westrin C G*: Får vi några allmänläkare? Läkartid-ningen 1971;68: 5417-20.
3. *Westrin C G*: Psykiaterrekryteringen i de nordiska länderna. Lä-kartidningen 1968;65:202-6.