

Medför primärkommunal primärvård en ökad integration i verksamheten?

Kristina Bränd Persson

Lars Borgquist

Försöken med primärkommunal primärvård kan ses som ett led i en process med integrationssträvanden på olika nivåer i kommuner och landstingsorganisation. Ofta har integrationen dock blivit ofullständig. Inom den primärkommunala primärvården har det mest varit fråga om integrationsförsök på den administrativa nivån, men inte i verksamheten. Det kan delvis förklara varför ekonomi och ledningsproblem hittills upplevts som dominerande.

Artikeln baseras på tidigare publicerat material från olika källor, främst centrala utredningar, där kommunalisering av primärvård diskuterats samt utvärderingar av enskilda försöksverksamheter. Författarna har själva deltagit i några av dessa utvärderingar. Exempel på problem och möjligheter som framkommit när primärvården helt eller delvis integrerats i en kommunal organisation är hämtade från såväl tidigare som pågående försöksverksamheter.

Kristina Bränd Persson är doktorand i hälso- och sjukvårdsforskning.

Lars Borgquist är allmänläkare och tf professor i hälso- och sjukvårdsforskning vid institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet. Båda är verksamma vid Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala universitet.

För närvarande pågår försöksverksamhet med primärkommunal primärvård i fem kommuner – Ale, Aneby, Helsingborg, Katrineholm och Sigtuna. Två kommuner har avbrutit försöket – Kävlinge och Håbo. Försöksverksamheten skall enligt planerna pågå till 1996 (1).

Vid samma tidpunkt som försöksverksamheten påbörjades (1992) övergick äldrevården, som tidigare bedrivits inom primärvården med landstingen som huvudman helt till primärkommunerna. Genom Ädel-reformen överflyttades därmed knappt hälften av primärvårdens totala resurser till kommunerna (2,3). I debatten

har framförts att hela primärvårdsorganisationen på sikt skulle kunna övergå i kommunal regi. Den nuvarande försöksverksamheten skulle kunna ge underlag för bedömning av ett sådant alternativ.

Tidigare erfarenheter av försök med samverkan

Samverkan mellan social- och medicinsk personal har varit ett uttalat önskemål i centrala planeringsdokument för hälso- och sjukvården under 70- och 80-talet. Samverkan har ansetts som *ett* medel i strävan att uppnå god vård och omsorg för den enskilda individen samt ett sätt att effektivisera handläggningen genom samordning av resurser.

Det har tidigare funnits ett intresse av samverkan mellan primärvård och socialtjänst inom flera kommuner i Sverige. Vid mitten av 1970-talet samlokaliseras socialtjänst och primärvård i Tierps kommun i den nybyggda hälsocentralen. Gemensamma veckosammanträden infördes och såväl primärvård som socialtjänst fanns representerade i form av sk socialmedicinska arbetslag (4).

Inom Skaraborgs län arbetade man under 1970-talet framgångsrikt mot en långt driven integration mellan primärvård och socialtjänst i en kommunbaserad primärvård (5).

Erfarenheter från samverkan i Dalby visar att denna koncentrerades kring främst två utvecklingslinjer – äldrevård samt utrednings- och behandlingsarbete. Tonvikten i den faktiska samverkan låg på individärenden och inte på förebyggande insatser och samhällsplanering som ursprungligen planerats (6).

Den nuvarande försöksverksamheten med primärkommunal primärvård föregicks av frikommunförsöket enligt en lag om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvården (7). Det övergripande syfte var att ge kommunerna möjlighet att förenkla handläggningen av ären-

den och minska byråkratiseringen inom verksamheten. Under perioden 1988-1991 bedrevs försöksverksamhet i Gnosjö kommun, Vivalla kommun i Örebro samt Brunflo kommun i Östersund. I dessa områden över-togs driftansvaret för landstingets primärvård på lik-nande sätt som skett i de nuvarande försökskommun-erna, men genom entreprenadavtal mellan kommun och landsting och inte genom byte av huvudmannaskap. Primärkommunal primärvård förespråkades av både administratörer och politiker efter dessa försök (8).

Socialstyrelsen har redovisat verksamhetsföreträdarens erfarenheter från det tidigare frikommunförsöket. Ett problem som nämns är samordningsfunktionen mellan primärvård och socialtjänst vilken gav upphov till kon-flikter bland personalen. Positiva erfarenheter handlar om etablering av fastare samarbetsformer mellan pri-märvård och socialtjänst, främst i form av gemensamma vårdlag i äldreomsorg, och tydligare ansvar för samar-bete hos enskilda befattningshavare. Genom att saml-a olika lokala kompetenser blev det lättare att erbjuda gemensamma insatser till äldre, ungdomar och miss-brukare. Det gemensamma agerandet utåt upplevdes även som mer betydelsefullt än i den tidigare organisa-tionen (9).

I detta temanummer presenteras olika aspekter på samverkan och erfarenheter från tidigare samverkans-försök mer ingående i en artikel av Berfenstam, Hag-lund och Karlsson (10).

Argument för och emot kommunalisering av primärvården

Ett grundläggande syfte med att införa primärkommunalt huvudmannaskap kan anses vara strävan till ökat medborgarinflytande. I många fall har landstings-ledningen upplevts som anonym och alltför avlägsen, medan tjänstemän och politiker i kommunerna uppfat-tas ha närmare kontakt med invånarna och därmed större förståelse för lokala behov och önskemål hos befolk-ningen. Den nära kontakten – organisatoriskt och geo-grafiskt – mellan den lokala politiska ledningen och verksamheten skulle enligt detta resonemang även öka möjligheterna att svara mot förändrade behov och ut-göra en god grund för folkhälsoarbete. Implementering

Ett skäl mot kommunalisering som framförts av allmänläkarna är oron för att den professionella kompetensen skulle utarmas

av nya arbetsformer skulle också kunna ske smidigare i den kommunala organisationen (1,11).

Motsättningen mellan statsmaktens önskemål om en ökad resurstilldelning till primärvård och de landstings-kommunala sjukvårdshuvudmännens faktiska sats-ningar på detta område under de senaste decennierna har också framförts som ett starkt skäl för en kommun-alisering av primärvården. Enligt detta synsätt är det orimligt att förvänta sig att primärvården i framtiden skall komma att prioriteras på bekostnad av den spe-cialiserade sjukhusvården, så länge ansvaret för sjuk-husvård och primärvård ligger hos en och samma hu-vudman. Denna argumentering väcker således frågan huruvida landstingen har varit och är de bästa huvud-männen för den öppna primärvården (11).

Mot en kommunalisering har anförts skäl som att många kommuner är för små för att kunna bedriva egen primärvårdsverksamhet fullt ut, med risk för att befolk-nings behov inte tillgodoses och kvalitetsförsämring i verksamheten. Genom att låta kommunerna själva bestämma resurstilldelningen till bassjukvård skulle den lokala förankringen öka, men man riskerar samtidigt att inte kunna garantera en viss basnivå för alla invå-nare. I Finland har man dock funnit en lösning för små kommuner genom att primärvård kan bedrivas inom ramen för kommunförbund (11).

Ett annat skäl mot kommunalisering som framförts av allmänläkarna är oron för att den professionella kompetensen skulle utarmas (12). En central profes-sionell norm är att bidra till den kunskap som legitime-rar professionens ställning. Ny medicinsk kunskap de-lar man med sig av gratis, vilket försvåras om hand-läggningen av patienter sker hos olika huvudmän (13).

I de tre landstingskommuner – Göteborg, Malmö och Gotland – som sedan tidigare har ansvar för sjukvårds-verksamhet motsvarande landstingens har man inte genomfört någon verksamhetsintegration mellan pri-märvård och social verksamhet. Detta förhållande skulle också kunna anföras som ett argument mot kommuna-lisering av primärvården.

Från Norge, där primärvården övertogs av kommu-nerna 1984, rapporteras blandade erfarenheter. Bland annat fanns det exempel på att den förebyggande vår-

Ett grundläggande syfte med att införa primärkommunalt huvudmannaskap kan anses vara strävan till ökat medborgarinflytande

den eftersattes. Personalen uppmärksammade att organisationen ändrades från stor personalmässig tillväxt och svag formell organisation till stark formell organisation med ökad konkurrens om resurstillskotten (14).

I det nuvarande svenska systemet ligger såväl politiskt som administrativt och finansiellt ansvar för primärvården på en huvudman. En separation av producentansvar, finansiering och styrning av verksamheten skulle innebära att huvudmannaskapet inte får den centrala betydelse som nu. I samband med statens utredning om den framtida hälso- och sjukvården (HSU 2000) föreslogs bl a en utvecklingsmodell med bas i en obligatorisk sjukförsäkring. Expertgruppen fick dock inget gehör för sitt förslag (15). I det föreslagna systemet skulle vårdgivarna vara fria att agera inom ramen för centralt fastställda etableringsregler, konkurrensvillkor och försäkringsfinansiella villkor. Försäkringsadministrationen och den centrala politiska nivån skulle därigenom få en betydligt starkare roll i styrningen av vården, och landstingens respektive kommunernas inflytande skulle minska.

Flera förändringar inom hälso- och sjukvården under försöksperioden

Samtidigt med försöken med kommunalt huvudmannaskap har det skett en utveckling mot flera andra alternativa driftformer för primärvårdsverksamhet. Numera finns det exempel på primärvård där hela eller delar av verksamheten drivs på entreprenad eller i privata aktiebolag. Finansieringen av verksamheten är dock offentlig.

Inom den offentligt producerade vården har i storstäderna etablerats kvartersakuter (16). I ett flertal landsting består primärvården idag av enheter som baseras på husläkare med listsystem för patienter till skillnad från den tidigare tillämpade vårdlags- och områdesbaserade primärvården. I debatten har tidvis uttryckts oro över att så många huvudmän utövar primärvård när det redan fanns en fungerande primärvårdsorganisation med områdesansvar som utvecklats under den senaste 20 års-perioden. Är det resurseffektivt ur samhällets synpunkt med denna splittring (17)? Kan mångfalden av nya organisationer som ibland plockar ut valda de-

Är det resurseffektivt ur samhällets synpunkt med denna splittring?

lar av primärvården tillgodose nödvändiga kvalitetskrav som rättvisa, kontinuitet, tillgänglighet, säker och god vård?

Flera av de senaste årens reformer har syftat till att öka medborgarnas inflytande över hälso- och sjukvården. Ekonomisk effektivisering, interna marknader, ökad valfrihet för patienterna samt decentraliserat politiskt och administrativt ansvar är några av de medel som anvisats för att åstadkomma de önskade förändringarna. Mellan flera av dessa medel finns dock ett motsatsförhållande, vilket understryker den politiska splittringen i samband med skilda reformsträvanden.

På kort tid har olika reformer genomförts som påverkat primärvårdens verksamhet. Ädel-reformen år 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för de äldres vård och omsorg. Omkring hälften av primärvårdens ekonomiska resurser och en stor del av de personella resurserna överfördes därmed till kommunerna. Genom betalningsansvar för färdigbehandlade patienter vid akutsjukhusen fick kommunerna även ekonomiska incitament att snabbare ta hem dessa patienter. På ett par år minskade antalet sk medicinskt färdigbehandlade patienter från 15 till 7 procent av samtliga inläggande patienter vid sjukhusen (18).

Husläkarreformen 1994 medförde på många håll en omorganisation och personalminskning inom primärvården. En stor del av de administrativa resurserna hos huvudmännen fick omdirigeras till planering och genomförande av omläggningen. Reformen innebar ökade påfrestningar för personalen i primärvården med osäkerhet om framtiden och även hot om uppsägning.

Under 1995 genomförs ytterligare en reform som kan ge nytt bränsle till debatten om kommunalisering. Sedan 1 januari 1995 har kommunerna ålagts betalningsansvar för patienter som vårdats i sluten psykiatrisk vård under minst tre månader, och som anmälts som medicinskt färdigbehandlade (19).

Även vid sjukhus och sjukhuskliniker har förhållandena förändrats genom att beställare-utförarmodeller och prestationsbaserade DRG-system (diagnosrelaterade grupper) börjat tillämpas. Huruvida beställarnämnder och nya incitament för sjukhuskliniker har påverkat vårdökandet i primärvården är osäkert. Besöksstatistik från enskilda landsting kan eventuellt

Det har skett en utveckling mot flera andra alternativa driftformer för primärvårdsverksamhet

De problem som har dominerat gäller ekonomin samt lednings- och samordningsfrågor

tyda på att patienter under senare år i ökande utsträckning vänt sig direkt till sjukhuskliniker i stället för till primärvården.

Ekonomiska och ledningsorganisatoriska problem

Under försöket med primärkommunal primärvård har vissa problem varit särskilt framträdande och har kraftigt påverkat agerandet. De problem som har dominerat gäller ekonomin samt lednings- och samordningsfrågan.

Ekonomi

Flera kommuner brottas med ekonomiska problem i samband med primärvårdsförsöket. Kävlinge och Håbo angav främst ekonomiska skäl till att man avbröt försöket. Kostnaderna i samband med listningsförfarandet inför husläkarreformen beräknades i Kävlinge kommun till 8 Mkr kronor mer än budgeterat 1993. I Håbo kommun beräknades underskottet för primärvården under 1994 till drygt 3 Mkr som en följd av kapiteringen av husläkare och ändrat vårdsökande. Iakttagelsen att vårdskändet förändrats är viktigt att beakta i detta sammanhang.

Problemen som rör befolkningens vårdsökande är nära förknippade med gällande ekonomiska styrsystem inom sjukvården och ersättningssystemet för husläkare. Särskilda svårigheter uppstår i kommuner – och primärvårdsområden i landsting – som har ekonomiskt ansvar för invånare som väljer att göra sina öppenvårdsbesök även på annat håll. För kommuner med begränsat vårdutbud och omfattande utpendling till områden med stort vårdutbud får det särskilt stor betydelse. Närheten till en vårdcentral eller husläkare på bostadsorten tycks inte vara avgörande för invånarnas vårdsökande. Man har i dessa fall mycket begränsade möjligheter att styra befolkningens vårdsökande till lokala vårdgivare. Utformningen och omfattningen av den lokala primärvårdsservicen kan komma att modifieras av ekonomiska skäl.

Ledning och samordning

I en rapport från det tidigare primärvårdsförsöket i Gnosjö kommun redovisas erfarenheter från olika nivåer i

organisationen. Både ledningen och personalen framhöll problemen kring samordningsfunktionen mellan verksamheterna. I ett par omgångar prövades ledningsorganisationer med socialchef respektive chefsöverläkare. Lokalt sammanhållet socialt och medicinskt ledningsansvar kunde därmed inte uppnås (20).

Det finns uppenbarligen svårigheter att i en enda person förena chefsrollen för flera professionella grupper som läkare, sjuksköterskor, hemtjänstassistenter, socialsekreterare m fl. Avsaknaden av en medicinskt kompetent primärvårdschef upplevdes negativt bland vårdpersonalen i Gnosjö, vilket försvårade samarbete. I en del enkätsvar från försöket uppger sjukvårdspersonal att man upplevt sig vara "övergivna" och att kontakterna med landstinget och den övriga primärvården i stort sett upphört.

Även i den pågående försöksverksamheten finns exempel på olika sätt att hantera ledningsfrågan för den kommunala primärvården. De hittills redovisade uppgifterna från intervjuer och enkäter i försökskommunerna visar att det förekommit samma sorts svårigheter som redovisats från tidigare försök. I vissa kommuner har man placerat en socialchef med övergripande ansvar även för primärvården, i andra ligger ansvaret på en primärvårdschef eller chefsläkare. I flertalet av försökskommunerna upptog ledningsfrågorna en stor del av intresset, framför allt under de första åren av försöket.

Gemensamt för fem av de sex försökskommunerna är att ledningsproblematiken hittills utmärks av två förhållanden; personbyten i ledningen för primärvården och nya personer i ledningen utan tidigare lokal anknytning. Bristen på kontinuitet i ledningen och kompetensförlust genom personbyten har troligen inverkat negativt på möjligheterna att skapa en stabil grund för utveckling av försöksverksamheten. Hanteringen av ledningsfrågan inom försöken tyder på att man underskattat betydelsen av att chefspersoner inom primärvården vanligen också är aktiva i verksamheten. Kopplingen mellan den administrativa chefsrollen och den professionella kompetensen är av tradition mycket stark

Problemen som rör befolkningens vårdsökande är nära förknippade med gällande ekonomiska styrsystem inom sjukvården och ersättningssystemet för husläkare

inom sjukvården. Förändringar i ledningen kan därför effektivt undergräva förtroendet bland övrig personal och leda till att ytterligare förändringar motarbetas.

Vad befrämjar en god samverkan och integration?

Mycket tyder på att goda relationer mellan kommun och landsting samt förekomsten av samarbete före försöket – startkulturen – påverkar utfallet av försöksverksamheten (12). Vid försöksstarten var det en avgjord fördel att man inom ett av försöksområdena hade en personlig integration på den politiska nivån genom att ett drivande kommunalråd även fanns med i landstingsstyrelsen. Det var en viktig faktor för att just denna kommun kom igång tidigt. I de fall då samarbetsformer redan är etablerade fortsätter man att utveckla dessa.

Kontakterna med läns- och regionsjukvård kan ha förändrats efter försöket. Uppgifter i socialstyrelsens senaste rapport från försöksområdena kan tyda på detta. Samarbete med länssjukvården förekommer i något mindre utsträckning i försökskommunerna jämfört med en grupp vårdcentraler i landstingsregi (21). Uppgiften kan tolkas på olika sätt. Kontaktytorna med den specialiserade sjukhusvården kan ha minskat i betydelse till förmån för andra samarbetsparter. En annan möjlighet är att det avspeglar en högre ambitionsnivå i dessa kommuner i fråga om att hantera så mycket som möjligt på hemmaplan. Enligt samma rapport uppger för ett par av försökskommunerna företrädare för vissa sjukhuskliniker att kontakterna mellan den medicinska personalen vid kliniken och i primärkommunerna försämrats i samband med försöket. Enbart utifrån dessa synpunkter är det knappast möjligt att dra några slutsatser om vårdkvaliteten förändrats i dessa områden.

I beskrivningen av tidigare försöksverksamheter har ett antal faktorer som kan underlätta samverkan presenterats (22,23). De viktigaste är samlokalisering, gemensamma metoder och likheter i lönesystem för olika personalkategorier. Hur ser då dessa faktorer ut inför den aktuella försöksverksamheten med primärkommunal primärvård?

I flera av försökskommunerna finns en geografisk närhet mellan primärvård, socialkontor och kommunledning som skulle kunna underlätta personkontakter inom ramen för gemensamma projekt. Samlokalisering av medicinska och sociala verksamheter är dock mindre vanlig. Grundläggande olikheter i lönesystem har förstärkts genom införande av kapitations- och

Olikheter i metoder och arbetssätt mellan medicinskt respektive socialt skolad personal tycks utgöra väsentliga hinder för samverkan

prestationsersättning till husläkare. Varken kommunanställda eller personal vid sjukhus har denna form av ersättning. Ekonomiska eller administrativa hinder i form av debitering mellan vårdnivåer och verksamheter kan också tänkas minska kontaktbenägenheten när det gäller såväl telefonkontakter som remisser. Att ekonomiska eller andra incitament för samarbete mellan vårdnivåer eller skilda yrkesutövare saknas på individnivå bidrar knappast till att öka motivationen.

Olikheter i metoder och arbetssätt mellan medicinskt respektive socialt skolad personal tycks utgöra väsentliga hinder för samverkan även i försöksområdena. Personalenkäter har genomförts i flera av försökskommunerna under senare delen av 1993 (21,24). Intervjuer med såväl politiker som verksamhetsföreträdare har också ägt rum på flera håll både före försöksstarten och under de första två åren som ett led i utvärderingen. I enkätundersökningarna har personalen bland annat besvarat frågor om samverkan mellan primärvård och socialtjänst.

Det är mindre vanligt att regelbunden organiserad samverkan i form av t ex vårdplaneringsgrupper förekommer. Samverkan sker i stor utsträckning "vid behov" och mellan enskilda tjänstemän. Det är främst olikheter i tolkning av helhetssyn och tillämpningen av sekretessregler som anges som försvårande faktorer från båda läger. Endast undantagsvis uppges att regelmässigt och friktionsfritt samarbete förekommer. Resultaten stämmer väl överens med tidigare studier kring kontaktfrekvens, innehåll i samverkan samt problem och möjligheter (25). Motsättningarna mellan yrkesgrupper kan tolkas som uttryck för strävan att bibehålla eller utvidga den egna professionens område. Gemensamma utbildningsinsatser har föreslagits som ett sätt att överbygga klyftan mellan den medicinska och sociala "kulturen".

Helhetsintrycket av de kommentarer som ges från olika yrkesgrupper i de personalstudier som presenterats från såväl avslutade som pågående försök är att förutsättningarna för samarbete är betydligt sämre i verksamheterna än vad som vanligen framställs i politiska plandokument. Initiativ till samverkan och sam-

arbete tycks sällan komma från verksamhetsföreträdarna själva. Optimismen och framtidsvisionerna bland aktiva politiker och administratörer i samband med försöken tycks sällan delas av dem som befinner sig mitt i den praktiska verksamheten. I socialstyrelsens rapport från den pågående försöksverksamheten framkommer att mycket lite gjorts på verksamhetsnivå för att förankra och utveckla innehållet i försöksverksamheten bland personalen.

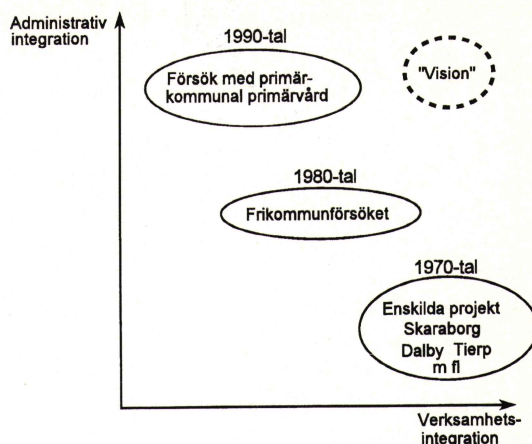
De administrativa uppgifterna och det juridiska regelverket som följt med de olika reformerna har – åtminstone inledningsvis – krävt extra insatser från ledningen i kommunerna. Det tycks ha funnits en tendens i flera av försökskommunerna att fokusera kraft och intresse på denna del av försöksverksamheten hellre än det mer verksamhetsanknutna arbetet med att förankra och vidareutveckla projekt bland personalen. Detta förhållande kan sägas utgöra en negativ integrationsfaktor.

Extern kompetens tycks inte ha utnyttjats i syfte att utveckla gemensamma försöksprojekt med medicinsk och social personal. Hittills tycks ambitionen ha varit att sköta eventuellt utvecklingsarbete inom den kommunala förvaltningen. I Helsingborgs kommun inrättades i samband med försöksstarten en allmänmedicinsk utvecklingsenhet, vilken har en utpräglat medicinsk inriktning. Det finns en risk för att medicinsk kompetens "tar över" projekt som från början var gemensamma. Ett exempel på detta kan möjligen ses i en av de nuvarande försökskommunerna där en gemensam arbetsgrupp för att utveckla arbetet med missbrukare avvecklades samma år som den startats efter det att en läkare med specialinriktning mot missbruksvård rekryterats (21).

Integrationssträvanden

Den primärkommunala försöksverksamheten är ett försök till integration på flera nivåer: verksamhetsanknuten, administrativ och politisk nivå. I figur 1 ges ett förslag till hur de avslutade och pågående försöksverksamheterna kan ordnas efter graden av integration på två nivåer – administrativ och verksamhetsanknuten.

Under 1970-talet bedrevs i Tierp, Dalby och Skaraborgs län försök som alla huvudsakligen berörde verksamhetsnivån. Arbetet koncentrerades kring patientärenden som var gemensamma för primärvården och socialtjänsten, exempelvis missbrukare samt äldre med stort vårdbehov. I dessa pionjärområden förekom samlokalisering och gemensamma arbetslag. Det var



Figur 1. Integration av administration och verksamhet i primärvårdsförsök.

dock inte aktuellt att sträva efter administrativ integration. Verksamheterna styrdes därför separat med skilda budgetar för medicinsk och social personal.

Vid frikommunförsöken under senare delen av 1980-talet fanns en fastare administrativ överbyggnad med särskilda avtal mellan huvudmännen. Äldrevård var det som huvudsakligen integrerades inom verksamheten. En ytterligare markering av integrationen på den administrativa nivån åstadkoms genom det nuvarande primärkommunala primärvårdsförsöket.

Under försöken med primärkommunal primärvård har hittills under perioden 1992-1994 få försök till integration på verksamhetsnivån förekommit. Figuren är ett försök att illustrera vår analys av vad som utmärker försöksverksamheterna under de olika perioderna i förhållande till den "vision" som skisserats. Trenden tycks gå mot ökad administrativ integration och oförändrad eller mindre grad av verksamhetsintegration. Det finns idag inte något konkret exempel att ange där samtidigt hög integration i verksamheten och på den administrativa nivån förekommer. Kanske kan svårigheterna att förverkliga denna "vision" förklaras av att professionella medicinska principer dominerar inom landstingen, att banden mellan specialiserad sjukhusvård och primärvård är starka och att tonvikten ligger på kurativ

Trenden tycks gå mot ökad administrativ integration och oförändrad eller mindre grad av verksamhetsintegration

verksamhet. Kommunerna styrs i större utsträckning av byråkratiska principer och är inriktade mot helhetssyn, hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

För att åstadkomma en mera fullständig integration på verksamhetsplanet fordras ett samarbete som även beaktar gemensam utbildning, gemensamma lönesystem och utvecklingsmöjligheter för personalen. Det behövs även adekvata mått som kan ange om integrationen är lyckad eller ej.

Sådana kvalitetsindikatorer börjar att tillämpas inom den medicinska delen av primärvården i form av kvalitetsutvecklingsarbete. Måtten är emellertid starkt knutna till medicinska diagnoser och behandlingsstrategier som exempelvis andel diabetespatienter med acceptabla blodsockervärden eller bestämda gränser för blodtrycksvärden vid vård av patienter med högt blodtryck. För en utveckling av kvalitetsindikatorerna i vården som helhet krävs även mått som beaktar patientens sociala situation.

Som beskrivits ovan har integrationsförsöken mest kretsat kring administrativ samordning och styrning. Dessa områden dominerar också problematiken i försöket. Administrativa samordningsvinster skulle kunna mätas i form av minskade totalkostnader för kommunen. Det finns i försökskommunerna en gemensam kommunal budget, vilket borde ge goda förutsättningar för beräkningar av eventuella ekonomiska besparingar. Ännu bättre förutsättningar att göra totalkostnadsberäkningar finns kanske i de kommunala bolagen som bildats i några fall (t ex Helsingborg).

Sammanfattande kommentar

Erfarenheterna från försöken med primärkommunal primärvård är blandade. De tidigare försöksverksamheterna försiggick under en period med delvis andra förutsättningar – inte minst ekonomiskt – i kommuner och landsting. Den ekonomiska åtstramningen under 90-talet har drabbat såväl kommuner som landsting. Kommunerna påverkas också av de förändrade ekonomiska styrmodellerna inom landstingen när de får vidgade åtaganden för sjukvård. Utvecklingen i kommunerna har under en följd av år inneburit bl a utförsäljning och privatisering av olika verksamheter. Helsingborgs kommun har varit en av de mera aktiva aktörerna som under perioden skapat flera kommunala bolag, även inom vårdområdet. Marknadstänkande har kommit att prägla den kommunala förvaltningen i kanske ännu högre grad än i landstingen där detta är förhållandevis nytt.

Hittills har de professionella ställningstagandena inte varit till förmån för en kommunalisering

Ännu saknas väsentliga delar för en bedömning av konsekvenserna av en kommunalisering av den öppna primärvården. Kommunaliseringen av vård och omsorg till äldre innebar i stort en vidareutveckling av redan etablerade samarbetsformer. Faktorer av administrativ och ekonomisk art som kan försvåra samarbete och samverkan har införts, medan faktorer som kan stimulera och stödja integration mellan verksamheter i stort sett saknas. Utvecklingen under senare år tycks i flera avseenden ha inneburit försämrade betingelser för en primärvårdsreform.

För de yrkesgrupper som berörs är det inte heller självklart att ansvaret för och driften av den öppna primärvården skall ligga hos kommunerna. Hittills har de professionella ställningstagandena inte varit till förmån för en kommunalisering. Från politiskt och administrativt håll har det däremot ansetts mycket rimligt att samordningsvinster och effektivisering skulle kunna åstadkommas genom en fullständig kommunalisering. Utan aktivt deltagande och stöd från personalen närmast patienterna kan effekten i stället bli den motsatta.

Sammanfattningsvis kan försöken med primärkommunal primärvård ses som ett led i en process med integrationssträvanden på olika nivåer i kommunen och landstingsorganisation. Ofta har integrationen endast omfattat en nivå och därför blivit ofullständig. I fallet med primärkommunal primärvård har det hittills mest varit fråga om integrationsförsök på den administrativa nivån vilket delvis förklarar varför ekonomi och ledningsproblem upplevts som dominerande. I den mån som fler projekt och områden inom verksamheten blir involverade kommer sannolikt de medicinska aspekterna alltmer att tydliggöras, med risk för kollision med metod- och arbetstraditioner på den sociala sidan.

Vilken riktning försöken tar efter år 1996 beror bland annat på hur väl integrationen lyckas inom verksamheten. På flera håll i landet finns den uttalade politiska ambitionen att primärvården helt skall övertas av kommunerna. Inför en sådan reform är det en viktig uppgift att göra en sammanfattande analys av erfarenheter och konkreta resultat från de olika försöken. Det finns anledning att efter de hittills redovisade erfarenheterna efterlysa fler goda exempel.

REFERENSER

1. Regeringens proposition 1990/91:121 om försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvård m m.
2. Statistisk årsbok för landsting 1992/93. Landstingsförbundet 1992.
3. Statistisk årsbok för landsting 1994. Landstingsförbundet 1993.
4. Karlsson W. Primärvård och socialtjänst – samverkan eller integration? *Socialmedicinsk tidskrift* 1992;69 (3-4):140-5.
5. Kommunbaserad vård. Plan för hälso- och sjukvårdens utformning och lokalisering i länets kommuner. Skaraborgs läns landsting, 1977.
6. Isacson Å: Samverkan sjukvård – socialtjänst i Dalby 1970-1985. *Socialmedicinsk tidskrift* 1986;63(7-8):288-91.
7. Regeringens proposition 1985/86:42 om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.
8. Gunnarsson S: Primärvård – en primärkommunal angelägenhet? *Socialmedicinsk tidskrift* 1986;63(7-8):286-7.
9. Primärvård i mångfald. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, rapport 1992:1.
10. Berfenstam R, Haglund B, Karlsson W: Samverkan mellan socialtjänst och primärvård. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995;72 (4-5):189-195.
11. Den svenska hälso- och sjukvården. Riksdagens revisorers förslag 1990/91:17.
12. Lind J-I, Borgquist L: Övergång till primärkommunal primärvård. Analys av organisatoriska processer i förändringsarbetet. Socialstyrelsen, PTP-enheten, februari 1993 (Dnr 140-2444/91).
13. Svalander P-A, Åhgren B: "Vad skall man kalla det som händer i Mora?" – och andra frågor om styrmodeller. En preliminär uttolkning av fallstudier i sex landsting. Rapport till HSU 2000. Landstingsförbundet 1995.
14. Romøren T I: Kommunehelsetjenestens fem første år. Oslo: Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr 12, 1989.
15. Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000. SOU 1993:38.
16. Smedby B, Johnson M, Haglund B, Lundh L, Nightingale R: Kvartersakuten. Resultat från en treårig försöksverksamhet. Lund: Studentlitteratur, 1991.
17. Tibblin G: Bättre sjukvård till lägre kostnad. *Läkartidningen* 1991;88(26-27):2362-63.
18. Styrborn K: Geriatric decision-making. A study of Medical and Organizational Aspects of Discharge Planning. *Acta Universitatis Upsaliensis* nr 480, 1994.
19. Lag om ändring i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, SFS 1994:1099.
20. Blomqvist T, Johansson G: Utvärdering av försöksverksamheten med primärvården i Gnosjö kommuns regi. Jönköping: Komrev, rapport 1991-08-28.
21. Halvvägs. Lägesrapport 1993-1994 från försöket med primärkommunal primärvård. Socialstyrelsen: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:2.
22. Bång E, Rudenstam N-G: Betingelser för samverkan. *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;61(3-4):139-44.
23. Westrin C-G: Samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Erfarenheter från en internationell studie. *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;61(3-4):129-138.
24. Persson K B: Utvärdering av försök med primärkommunal primärvård i Håbo kommun. Delrapport: Resultat från en enkät till personal i primärvård, socialtjänst och äldreomsorg hösten 1993. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Rapport 1994-03-31.
25. Smedby B, Haglund B (red): Vad kan vi lära av Tierpsprojektet? En jubileumsskrift. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, 1991.